

**PRESTAÇÃO DE CONTAS
FUNDO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE IMBITUBA – SC**

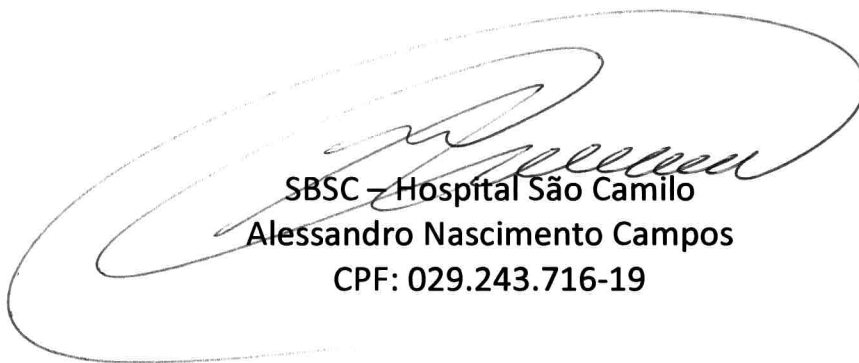
CONVÊNIO 10/2022

**EMERGÊNCIA/SOBREVISO
JANEIRO 2023**

DECLARAÇÃO ABERTURA DE CONTA ESPECÍFICA

Na qualidade de representante legal da Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São Camilo, inscrita no CNPJ sob o nº 60.975.737/0092-99, com sede no Município de Imbituba- SC, declaro para os devidos fins de direito, que os recursos recebidos para execução do objeto no plano de trabalho, foram movimentados em conta específica: Banco do Brasil, Agência nº 1407-8, Conta Corrente nº 50846-2, em conformidade com a Lei de Licitações nº 8.666/1993, especificamente, por seu artigo 116 e Instrução Normativa N.TC-14/2012.

Imbituba- SC, 27 de abril de 2023



SBSC – Hospital São Camilo
Alessandro Nascimento Campos
CPF: 029.243.716-19

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS E APLICAÇÃO DE RECURSOS

Na qualidade de representante legal Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São Camilo, com sede na Avenida Brasil, 938, Bairro: Paes Leme, no município de Imbituba – SC, inscrita no CNPJ sob o nº 60.975.737/0092-99, declaro para os devidos fins que recebemos a importância de R\$ 440.528,00(Quatrocento e quarenta mil reais e quinhentos e vinte e oito) referentes ao termo de convênio nº 10/2022 e os mesmos foram aplicados em conformidade com o plano de trabalho.

Imbituba- SC, 27 de abril de 2023



SBSC – Hospital São Camilo
Alessandro Nascimento Campos
CPF: 029.243.716-19

DECLARAÇÃO

Declaro que Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São Camilo, inscrita no CNPJ sob o nº 60.975.737/0092-99, não se encontra em mora ou com débito de prestação de contas perante a qualquer órgão ou entidade de Administração Pública Direta ou Indireta, Federal, Estadual ou Municipal, sob pena de aplicação do artigo 299 de código Penal.

Imbituba- SC, 27 de abril de 2023



SBSC – Hospital São Camilo
Alessandro Nascimento Campos
CPF: 029.243.716-19

DECLARAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE

Eu, Alessandro Nascimento Campos, portadora da Carteira de Identidade – RG nº 8488777 SSP MG, inscrita no CPF/MF sob. nº 029.243.716-19, residente e domiciliado na cidade de Imbituba (SC), representante da Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São Camilo, inscrita no CNPJ sob o nº 60.975.737/0092-99, declaro, sob as penas da Lei, para fins do disposto no inciso XVI, art.23 deste Decreto, cumprindo o disposto no inciso XXXIII, art. 7º, da Constituição Federal, que a organização que represento e seus dirigentes, não incorrem em qualquer vedação prevista neste Decreto, sob pena de aplicação de artigo 299 do Código Penal.

Imbituba- SC, 27 de abril de 2023



SBSC – Hospital São Camilo
Alessandro Nascimento Campos
CPF: 029.243.716-19

DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

A Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São Camilo, inscrita no CNPJ sob o nº 60.975.737/0092-99, por intermédio de seu representante legal a Senhor Alessandro Nascimento Campos, portadora da Carteira de Identidade – RG nº 8488777 SSP MG e do CPF nº 029.243.716-19 DECLARA, SOB AS PENAS DA Lei, para fins do disposto no inciso XVI, art.23 deste Decreto, cumprindo o disposto no inciso XXXIII, art. 7º, da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezoito anos, assim como assume o compromisso de declarar a superveniência de qualquer fato impeditivo à sua habilitação.

Imbituba- SC, 27 de abril de 2023



SBSC – Hospital São Camilo
Alessandro Nascimento Campos
CPF: 029.243.716-19

SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMBITUBA

Nota de Empenho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.N.P.J.: 10.568.451/0001-83

Município: IMBITUBA

Data: 24/02/2023

Nº do empenho : 1710/23

Ordinário

Processo : 3447/2023

Órgão: 15 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade: 15.01 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Funcional: 10.302.0007 - FAZENDO A DIFERENÇA NA SAÚDE DO IMBITUBENSE
Projeto/Atividade: 2.054 - ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR
Elemento: 3.3.50.43.99.00.00.00.00.01.1002 (0500) - Outras Subvenções Sociais
Cód. Detalham.: 1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde
Código reduzido: 000021

Dotação Inicial:	6.300.000,00	Empenhos anteriores :	590.528,00
Suplementações:	0,00	Valor do empenho :	440.528,00
Anulações:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Total (A) :	6.300.000,00	Total (B) :	1.031.056,00
		Saldo (A - B) :	5.268.944,00

Credor: **9729 SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO**

Endereço: AV BRASIL,938 -

C.N.P.J.: 60.975.737/0092-99

Banco:

Cidade: Imbituba

Inscr.Est./Ident.Prof.:

Agência:

Conta Corrente:

UF: SC

Fone: 1138685164<

Fax:

Especificação: 1

PELA DESPESA EMPENHADA PROVENIENTE DA CONCESSÃO DE AUXILIO FINANCEIRO A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO CAMILO CUJA FINALIDADE É O " ATENDIMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE CARACTERIZADOS COMO: SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO, SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, SERVIÇO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E TRAUMATOLOGIA". (CONVÊNIO 10/2022 - TERCEIRO TERMO ADITIVO - PARCELA 01/04), REFERENTE 01/2023.

Fonte de recursos : Vinculados

Total geral : 440.528,00

Fica empenhada a importância de 440.528,00 (quatrocentos e quarenta mil quinhentos e vinte e oito reais)

Fundamento legal : 5173/2020

Modal. licitação : Outras Modalidades/Não Aplicável

Contrato :

Data : 09/12/2020

Data :

Data :

Encarregado do serviço

Credor

EMANOEL MATOS

Secretário Municipal de Saúde

Liquidação

Declaro que o material/serviço foi fornecido/prestado

Responsável

SANTA CATARINA**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMBITUBA**

Balancete de Prestação de Contas de Recursos Antecipados - Documento para ser usado pelo responsável

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMBITUBA

Ordenador da Despesa: EMANOEL MATOS

Entidade Beneficiada: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

Endereço: AV BRASIL,938 -

Responsável:

Nota Empenho Num.: 1710

Data: 24/02/2023

Projeto/Atividade: 2.054

Item/Fonte: 3.3.50.00.00.00.00.00.01.1002

Complemento Elemento:3.3.50.43.99.00.00.00

C.N.P.J.: 60-975-737/0092-99

CEP: 88780-000

Doc. Resp.

Valor: 440.528,00

- ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

- Transferencias a Instituicoes Privadas sem Fins Lu

- Outras Subvenções Sociais

Histórico Fiel da Finalidade:

PELA DESPESA EMPENHADA PROVENIENTE DA CONCESSÃO DE AUXILIO FINANCEIRO A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO CAMILO CUJA FINALIDADE É O " ATENDIMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE CARACTERIZADOS COMO: SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO, SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, SERVIÇO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E TRAUMATOLOGIA". (CONVÊNIO 10/2022 - TERCEIRO TERMO ADITIVO - PARCELA 01/04), REFERENTE 01/2023.

Documento		Histórico	Recebimentos	Pagamentos
Número	Data			
001710	24/02/2023	Valor recebido conforme nota de empenho acima	440.528,00	
Totais:			440.528,00	

SANTA CATARINA**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMBITUBA**

Declaração de recebimento e aplicação de subvenções sociais de pequeno porte

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMBITUBA

Ordenador da Despesa: EMANOEL MATOS

Entidade Beneficiada: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

Endereço: AV BRASIL,938 -

Responsável:

Nota Empenho Num.: 1710

Data: 24/02/2023

Projeto/Atividade: 2.054

Item/Fonte: 3.3.50.00.00.00.00.00.01.1002

Complemento Elemento:3.3.50.43.99.00.00.00

C.N.P.J.: 60-975-737/0092-99

CEP: 88780-000

Doc. Resp.

Valor: 440.528,00

- ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

- Transferencias a Instituicoes Privadas sem Fins Lu

- Outras Subvenções Sociais

Declaramos, para todos os efeitos legais, que a importância supra mencionada foi recebida por esta entidade e aplicada em seu benefício e no atendimento de seus objetivos.

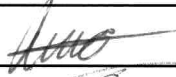

IMBITUBA, 25 de Abril, 2023

Nome

Cargo

Assinatura

C.P.F.

Tragothines knieb	contador		009 062 700 90
Almirante N. Lopes	Advogado		029 243 716 19

Uso da unidade concedente

Declaração recebida em

Responsável

PRESTAÇÃO DE CONTAS

ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL
Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital São Camilo

N. (Termo de Colaboração, Fomento ou Acordo de Cooperação)
Convênio 10-2022 – Serviços Média Complexidade – Emergência/Urgência - ref Janeiro2023

Valor Recebido: R\$ 440.528,00	Data: 01/03/2023

Tipo de Prestação de Contas

Parcial <input type="checkbox"/>	Final <input checked="" type="checkbox"/>
Data de Encaminhamento 27/04/2023	



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMBITUBA

NOTA DE EMPENHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - CNPJ 10.568.451/0001-83 - MUNICÍPIO DE IMBITUBA

BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS ANTECIPADOS

ANEXO TC 28

UNIDADE CONCEDENTE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMBITUBA	ORDENADOR DA DESPESA GRACIELA WIEMES RIBEIRO	
ENTIDADE BENEFICIADA SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO	CNPJ 80.975.737/0092-99	
ENDEREÇO AVENIDA BRASIL,938	CIDADE/ESTADO IMBITUBA - SC	
RESPONSÁVEL ALESSANDRO NASCIMENTO CAMPOS	CEP 88780-000	
	CPF 029.243.716-19	
HISTÓRICO DA FINALIDADE PELA DESPESA EMPENHADA PROVENIENTE DA CONCESSÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO CAMILO CUJA FINALIDADE É O " ATENDIMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE CARACTERIZADOS COMO: SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO, SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, SERVIÇO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E TRAUMATOLOGIA". (CONVÊNIO 10/2022 - TERCEIRO TERMO ADITIVO - PARCELA 01/04), REFERENTE 01/2023.	NOTA DE EMPENHO	
	Nº 1710/2023	VALOR R\$ 440.528,00
	CONTA ORÇAMENTÁRIA	
	PROJETO 2.054	ITEM ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR
	FONTE 3.3.50.43.99.00.00.00.01.0002	
	COMPLEMENTO ELEMENTO: 3.3.50.43.99.00.00.00.01.0002 - OUTRAS SUBVENÇÕES SOCIAIS	

DATA	Nº NOTA	HISTÓRICO (Credor)	RECEBIMENTOS	PAGAMENTOS
01/03/23		VALOR DO EMPENHO Nº 1710/2023	R\$ 440.528,00	-
02/03/23	5	Maria Fernando Ron Sayago		R\$ 14.040,00
02/03/23	74	Clinica Medica Meirelles Pereira Ltda -ME		R\$ 17.446,71
02/03/23	3	BMB Atendimento e Serviços Medicos Ltda		R\$ 25.480,00
02/03/23	10	JP Serviços Medicos Ltda		R\$ 12.444,51
02/03/23	27	MBF Clinica Medica Ltda		R\$ 3.120,00
02/03/23	1615	Clinest Serviços Medicos Ltda		R\$ 35.677,76
02/03/23	716	B. L. Serviços Medicos e de Imagem Ltda EPP		R\$ 11.712,48
02/03/23	2	RVDM Serviços Medicos Ltda		R\$ 15.535,00
02/03/23	5	Peter Maciel Medicina Ltda		R\$ 9.360,00
02/03/23	37	SM - Medicas Associadas Ltda		R\$ 3.120,00
02/03/23	35	Vilberto Antonio Felipe		R\$ 15.600,00
02/03/23	101	S & S Clinica Medica Ltda ME		R\$ 16.104,66
02/03/23	7630	Ami Assessoria Medica Gestão em Saúde Ltda		R\$ 43.651,51
02/03/23	502	Jose Carlos Angioletti		R\$ 25.255,03
02/03/23	3	Prestação de Serviços Medicos Serafim Eireli-ME		R\$ 18.910,77
03/03/23		Auxilio Financeiro Equipe de Enfermagem maternidade 01-23		R\$ 19.483,20
03/03/23	13	AN Clinica da Mulher Ltda		R\$ 13.650,00
03/03/23	5862	RMS E GC Medicina e Saúde Ltda		R\$ 2.928,12
03/03/23	58	F&A Serviços Médicos Ltda		R\$ 80.808,60
06/03/23	57	Correa Nepomuceno Clinica Medica Ltda		R\$ 9.360,00
06/03/23	1	Campo de Tulipas - Espaço de Bem - Estar		R\$ 7.038,75
06/03/23		Tarifa Bacário PJ		R\$ 588,00
08/03/23	18	Rafael Xavier Santana Serviços Medicos		R\$ 5.000,00
08/03/23	1089	Pura Vida Serviços Medicos Ltda		R\$ 15.000,00
17/03/23		Contrapartida SBSC	11.748,48	
17/03/23		Auxilio Financeiro Ambulatório Ortopedia 01-2023 - planilha anexa em amarelo		R\$ 12.988,80
17/03/23		IRRF retido NF's mencionada acima		R\$ 4.383,54
17/03/23		PCC retido NF's mencionada acima		R\$ 13.589,04
			452.276,48	452.276,48

LOCAL E DATA IMBITUBA (SC), 23 de janeiro de 2023	
ALESSANDRO NASCIMENTO CAMPOS REPRESENTANTE DA ENTIDADE	TIAGO NUNES KNEIB CONTADOR/TEC. CONTABILIDADE

SBSC - HOSPITAL SÃO CAMILO

Tiago N. Kneib

CRC/SC 43778 - CPF 009.067.760-90
Contador



Consultas - Extrato de conta corrente

G3362416449597571
24/04/2023 16:49:06

Cliente - Conta atual

Agência 1408-7
Conta corrente 50846-2SOCIEDADE B SAO CAMILO
Período do extrato de 01 / 03 / 2023 até 17 / 03 / 2023

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
23/02/2023		0000	00000 000 Saldo Anterior			0,00 C
01/03/2023		0000	14175 976 TED-Crédito em Conta	271.238.530	440.528,00 C	440.528,00 C
			104 1075 10568451000183 FMS IMITUBA			
02/03/2023		1408	99015 470 Transferência enviada	550.345.000.042.438	14.040,00 D	
			02/03 15:28 FERNANDA S MEDICOS			
02/03/2023		1408	99015 470 Transferência enviada	552.834.000.016.729	17.446,71 D	
			02/03 15:28 CLINICA MEDICA MEIRELLES			
02/03/2023		1408	99015 470 Transferência enviada	553.674.000.019.144	25.480,00 D	
			02/03 16:04 BRUNO MANCINI BARI			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.201	12.444,51 D	
			136 1406 046828324000113 JP SERVICOS M			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.202	3.120,00 D	
			336 0001 045245809000111 MBF CLINICA M			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.203	35.677,76 D	
			136 1406 013795788000111 CLINEST SERVI			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.204	11.712,48 D	
			104 1075 019064095000135 B.L. SERVICOS			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.205	15.535,00 D	
			077 0001 044726108000131 RVDM SERVICOS			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.206	9.360,00 D	
			104 4721 02803121727 PETER MACIEL HABE			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.207	3.120,00 D	
			756 3078 036346394000181 SM - MEDICAS			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.208	15.600,00 D	
			336 0001 033317131000156 VILBERTO ANTO			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.209	16.104,66 D	
			136 1407 029656787000126 S E S CLINICA			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.210	43.651,51 D	
			136 1107 020923177000177 AML ASSESSORI			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.211	25.255,03 D	
			136 1406 030232096000184 JOSE CARLOS A			
02/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.212	18.910,77 D	173.069,57 C
			136 1401 017759442000119 PRESTACAO DE			
03/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.301	19.483,20 D	
			237 0344 060975737009299 SOCIEDADE BEN			
03/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.302	13.650,00 D	
			136 1401 047632718000164 AN CLINICA DA			
03/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.303	2.928,12 D	
			136 1105 027852816000108 RMS E GC MEDI			
03/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.304	80.808,60 D	56.199,65 C
			136 1710 037471477000165 FEA SERVICOS			
06/03/2023		1408	99015 470 Transferência enviada	555.271.000.013.433	9.360,00 D	
			06/03 16:00 CORREA N C MEDICA LTDA			
06/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.601	7.038,75 D	
			403 0001 049639581000103 CAMPO DE TULI			
06/03/2023		0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	800.651.100.777.156	588,00 D	39.212,90 C
			Cobrança referente 06/03/2023			
08/03/2023		1408	99015 470 Transferência enviada	551.408.000.005.095	5.000,00 D	
			08/03 16:52 RAFAEL XAVIER SANT ANA			
08/03/2023		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.801	15.000,00 D	19.212,90 C
			136 1406 014040191000120 PURA VIDA SER			

17/03/2023	1408	99015 870	Transferência recebida	551.408.000.040.846	11.748,48 C
			17/03 14:12 SOCIEDADE B SAO CAMILO		
17/03/2023	1408	99015 470	Transferência enviada	551.408.000.040.846	12.988,80 D
			17/03 14:17 SOCIEDADE B SAO CAMILO		
17/03/2023	0000	13105 375	Impostos	31.701	4.383,54 D
			RFB-DARF CODIGO DE BARRAS		
17/03/2023	0000	13105 375	Impostos	31.702	13.589,04 D
			RFB-DARF CODIGO DE BARRAS		
17/03/2023	0000	00000 999	S A L D O		0,00 C

Transação efetuada com sucesso por: JF412664 ALINE VENDRUSCOLO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

02/03/2023 - BANCO DO BRASIL - 15:28:11
140801408 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	02/03/2023
NR. DOCUMENTO	550.345.000.042.438
VALOR TOTAL	14.040,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: FERNANDA S MEDICOS
AGENCIA: 0345-X CONTA: 42.438-2
NR. DOCUMENTO 551.408.000.050.846

=====

NR.AUTENTICACAO	3.B54.645.1B6.154.073
-----------------	-----------------------


NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº: 2023/5

Emitida em: **02/03/2023** às 09:25:21

Competência: **02/03/2023**

Código de Verificação: **95022b04**

 Logo prestador

MARIA FERNANDA RON SAYAGO

CPF/CNPJ: **41.814.282/0001-48**

Inscrição Municipal: **66921023**

AV BENTO GONCALVES, 205, AP/SL 507, AZENHA - Cep: 90650-002

Porto Alegre

RS

Telefone:

Email:

Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: **60.975.737/0092-99**

Inscrição Municipal: **Não Informado**

Sociedade Beneficiente **São Camilo**

Avenida Brasil, 938, Paes Leme - Cep: 88780-000

Imbituba

SC

Telefone: Não informado

Email: Não Informado

Discriminação do(s) Serviço(s)

HONORARIOS MEDICOS PLANTÃO EMERGENCIA(108H) PELO PROPRIO PROPRIETARIO DESTE CNPJ COMPETENCIA 01/2023
BANCO DO BRASIL AGENCIA 345-X
CONTA PJ 42438-2

Código de Tributação Municipal:

40100100 / Medicina

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.01 / Medicina e biomedicina.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

4207304 / Imbituba

Natureza da Operação:

Tributação fora do município

Regime Especial de Tributação: ME ou EPP do Simples Nacional

Valor dos serviços:	R\$ 14.040,00	Valor dos serviços:	R\$ 14.040,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 14.040,00
Valor Líquido:	R\$ 14.040,00	(x) Alíquota:	-
		(=) Valor do ISS:	-

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a credito fiscal de IPI.



Prefeitura de Porto Alegre - Secretaria da Fazenda
Rua Siqueira Campos, 1300 - 4º andar - Bairro Centro Histórico - CEP: 90.010-907 - Porto Alegre RS.
Tel: 156 (opção 4) ou (51) 3289-0156 (chamadas de outras cidades)
<https://servicos.procempa.com.br>

02/03/2023 - BANCO DO BRASIL - 15:28:10
140801408 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	02/03/2023
NR. DOCUMENTO	552.834.000.016.729
VALOR TOTAL	17.446,71



***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLINICA MEDICA MEIRELLES
AGENCIA: 2834-7 CONTA: 16.729-0
NR. DOCUMENTO 551.408.000.050.846

=====

NR.AUTENTICACAO	7.035.7B1.304.EED.496
-----------------	-----------------------

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUMIRIM Secretaria de Administração e Finanças Nota Fiscal Eletrônica de Serviços NFS-e</p>	Número do RPS	Número da nota 74					
	Data da emissão da nota 02/03/2023 08:34:18						
	Data do fato gerador 02/03/2023 08:34:18						
	Código de verificação 8FULSUQX5						
PRESTADOR DE SERVIÇOS							
Nome fantasia: Nome/Razão social: CLINICA MEDICA MEIRELLES PEREIRA LTDA - ME CPF/CNPJ: 19.654.430/0001-55 Inscrição municipal: 1095 Endereço: AV D. PEDRO II Número: 259 Bairro: Centro CEP: 89790-000 Complemento: 401 Município: Ipumirim UF: SC E-mail: Site:							
Inscrição estadual: Telefone: (49) 8450-8142 Celular:							
TOMADOR DE SERVIÇOS							
Nome fantasia: Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: Endereço: ABENIDA BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000 Complemento: Município: Imbituba UF: SC E-mail: contabilidade@hscamilo.com.br Telefone: Celular:							
Inscrição estadual: ISENTO							
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS							
	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS		
Honorários Médicos Plantão Emergência (143H) Competência 01/2023	18.590,0000	1,0000	18.590,0000	18.590,00x3,00 =	557,70		
Serviço Prestado por sócio proprietário							
Forma de Pagamento							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	17.446,71				
RETENÇÕES FEDERAIS							
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções		
R\$ 120,84	R\$ 557,70	R\$ 0,00	R\$ 278,85	R\$ 185,90	R\$ 0,00		
Valor bruto = R\$ 18.590,00			Valor líquido = R\$ 17.446,71				
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	18.590,00	557,70			
OUTRAS INFORMAÇÕES							
Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Ipumirim Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC 169/2017 Situação desta NFS-e: Normal DADOS PARA DEPOSITO BANCO DO BRASIL AGENCIA - 2834-7 CONTA - 16.729-0				 Verificar autenticidade			
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 2.500,36 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 386,67 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT							

02/03/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:04:40
140801408 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	02/03/2023
NR. DOCUMENTO	553.674.000.019.144
VALOR TOTAL	25.480,00

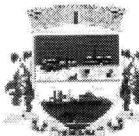
***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO MANCINI BARI
AGENCIA: 3674-9 CONTA: 19.144-2
NR. DOCUMENTO 551.408.000.050.846

=====

NR.AUTENTICACAO	E.1A1.524.0E5.2DB.CA7
-----------------	-----------------------

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA Nota Fiscal Eletrônica - NFE	Número do RPS	Número da nota
	Data da emissão da nota	
	Data do fato gerador	
	Código de verificação	
		3
		02/03/2023 15:33:26
		02/03/2023 15:33:26
		XB7G2VIYR

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: BMB SERVICOS MEDICOS
 Nome/Razão social: BMB ATENDIMENTOS E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
 CPF/CNPJ: 48.631.059/0001-04 Inscrição municipal: 15393
 Endereço: R ROMEU PIRES Número: 85 Bairro: VILA NOVA ALVORADA CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: BRUNO.BARI78@ICLOUD.COM Site:
 Inscrição estadual: Telefone: (48) 3255-3963
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO
 Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
 CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: 129803 Inscrição estadual:
 Endereço: AVENIDA BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: contabilidade@hscamillo.com.br Telefone: (11) 3868-5164 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Plantão Emergência (196H) e Competência 01-2023	25.480,0000	1,0000	25.480,0000	x =	

Serviço prestado por sócio proprietário

Instruções bancárias:
 Banco do Brasil
 Ag.: 3674-9
 CC: 19144-2
 Bruno Mancini Bari
 CPF: 313.061.198-39

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		Apresent.	25.480,00								

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
Valor bruto = R\$ 25.480,00		Valor líquido = R\$ 25.480,00			

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		

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.

Situação desta NFS-e: Normal

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Serviço prestado por sócio proprietário

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 3.427,06 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 529,98 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.51
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO

AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS

REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO

BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED

AGENCIA: 1406-0 - PAC IMBITUBA

CONTA: 565.309-6

FAVORECIDO: JP SERVICOS MEDICOS LTDA

CPF/CNPJ: 46.828.324/0001-13

VALOR: R\$ 12.444,51

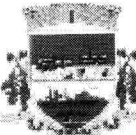
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030201

AUTENTICACAO SISBB: 1.D7F.278.F02.03A.8A5

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA Nota Fiscal Eletrônica - NFE</p>	Número do RPS	Número da nota 10
	Data da emissão da nota 02/03/2023 08:42:54	
	Data do fato gerador 02/03/2023 08:42:54	
	Código de verificação M8URS6PAW	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: JP SERVIÇOS MEDICOS LTDA
 CPF/CNPJ: 46.828.324/0001-13 Inscrição municipal: 14507
 Endereço: AV DR. JOAO RIMSA Número: 1304 Bairro: CENTRO CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: JESSIKAPEICHER@HOTMAIL.COM Site:

Inscrição estadual:
 Telefone: (48) 99178-7612
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO
 Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
 CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: 129803 Inscrição estadual:
 Endereço: BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: Contabilidade@hscamilo.com.br Telefone: (11) 3868-5164 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Plantão Emergência ref. Competência 01/2023	13.260,0000	1,0000	13.260,0000	13.260,00x2,00 =	265,20

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	12.444,51								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 86,19	R\$ 397,80	R\$ 0,00	R\$ 198,90	R\$ 132,60	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 13.260,00		Valor líquido = R\$ 12.444,51			

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	13.260,00	265,20

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.
 Situação desta NFS-e: Normal
 DISPENSA RETENÇÃO INSS CFE INCISO III ART 120 DA IN RFB 971/2009. BANCO:136 - UNICRED DO BRASIL AG:1406 C/C: 565309-6.
 Serviço prestado pela sócia proprietária.
 Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.783,47 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 275,81 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT


 Verificar autenticidade

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.51
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====


FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 336 - BCO C6 S.A.
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 15.814.811-8

FAVORECIDO: MBF CLINICA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ: 45.245.809/0001-11
VALOR: R\$ 3.120,00
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030202
AUTENTICACAO SISBB: 9.689.BED.5E0.E55.4C3

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA Nota Fiscal Eletrônica - NFE</p>	Número do RPS	Número da nota 27
	Data da emissão da nota 02/03/2023 09:04:18	
	Data do fato gerador 02/03/2023 09:04:18	
	Código de verificação BQBZU1GOV	

PRESTADOR DE SERVIÇOS	
Nome fantasia: MBF CLINICA MEDICA	Inscrição estadual:
Nome/Razão social: MBF CLÍNICA MÉDICA LTDA	Telefone: (48) 3255-4915
CPF/CNPJ: 45.245.809/0001-11 Inscrição municipal: 13753	Celular: (48) 99688-1873
Endereço: AV PRESIDENTE VARGAS Número: 829 Bairro: CENTRO CEP: 88780-000	
Complemento:	
Município: Imbituba UF: SC	
E-mail: JAKE.ILIBI@GMAIL.COM	Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS	
Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO	
Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	
CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99	Inscrição municipal: 129803 Inscrição estadual: Isento
Endereço: AVENIDA BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000	
Complemento:	
Município: Imbituba UF: SC	
E-mail: contabilidade@hscamilo.com.br	Telefone: (11) 3868-5164 Celular:


DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Plantão Emergência (24H) - Competência 01/2023	3.120,0000	1,0000	3.120,0000	x =	
Serviço prestado por sócio proprietário.					
Banco: 336 - Banco C6 S.A. Agência: 0001 Conta Corrente: 15814811-8 CNPJ: 45.245.809/0001-11 Nome: MBF CLINICA MEDICA					

Forma de Pagamento							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	3.120,00				

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
Valor bruto = R\$ 3.120,00		Valor líquido = R\$ 3.120,00			

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		

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Imbituba	 Verificar autenticidade
Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011. Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Situação desta NFS-e: Normal Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.	
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 419,64 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 64,90 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.51
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

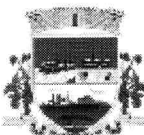
=====

FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA: 1406-0 - PAC IMBITUBA
CONTA: 48.901-8

FAVORECIDO: CLINEST SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 13.795.788/0001-11
VALOR: R\$ 35.677,76
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030203
AUTENTICACAO SISBB: 4.8C3.F28.477.4BC.BFB

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA Nota Fiscal Eletrônica - NFE	Número do RPS	Número da nota 1615
	Data da emissão da nota 02/03/2023 09:05:53	
	Data do fato gerador 02/03/2023 09:05:53	
	Código de verificação MHDXE1H3B	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: CLINEST SERVICOS MEDICOS	Inscrição estadual:
Nome/Razão social: CLINEST SERVICOS MEDICOS LTDA	Telefone: (48) 3255-0664
CPF/CNPJ: 13.795.788/0001-11 Inscrição municipal: 7831	
Endereço: R MANOEL FLORENTINO MACHADO Número: 405 Bairro: CENTRO CEP: 88780-000	
Complemento: AP/E: SALA 01	Celular:
Município: Imbituba UF: SC	
E-mail: vpacont@gmail.com	Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO	Inscrição estadual:
Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	Telefone: (11) 3868-5164
CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: 129803	
Endereço: BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000	
Complemento:	Celular:
Município: Imbituba UF: SC	
E-mail: financeiro@hscamillo.com.br	Site:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Sobreaviso (624H) ∩ Competência 01-2023.	22.695,4800	1,0000	22.695,4800	22.695,48x2,00 =	453,91
Honorários Médicos Emergência (119H) ∩ Competência 01-2023.	15.470,0000	1,0000	15.470,0000	15.470,00x2,00 =	309,40

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	35.677,76								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 262,97	R\$ 1.213,50	R\$ 0,00	R\$ 606,75	R\$ 404,50	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 38.165,48			Valor líquido = R\$ 35.677,76		

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	38.165,48	763,31

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.
 Situação desta NFS-e: Normal
 Dados bancários -

AG -1406.
 CC- 48901-8.
 Banco Unicred.

Serviço prestado por sócio proprietário.
 Valor aproximado do tributo federal - R\$ 5.133,26 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 793,84 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.51
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

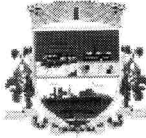
FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1075-8 - IMBITUBA
CONTA: 2.635-9

FAVORECIDO: B.L. SERVICOS MEDICOS E DE IMAGEM L
CPF/CNPJ: 19.064.095/0001-35
VALOR: R\$ 11.712,48
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030204
AUTENTICACAO SISBB: 0.C46.6EB.21E.DBA.6F6

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
 Nota Fiscal Eletrônica - NFE

Número do RPS	Número da nota 716
Data da emissão da nota 02/03/2023 09:10:37	
Data do fato gerador 02/03/2023 09:10:37	
Código de verificação 9UZYJY1AN	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: B.L. SERVICOS MEDICOS E DE IMAGEM LTDA - EPP
 CPF/CNPJ: 19.064.095/0001-35 Inscrição municipal: 8375
 Endereço: R ALCINO DA FONSECA Número: 235 Bairro: CENTRO CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: blservicosmedicosltda@gmail.com Site:
 Inscrição estadual:
 Telefone: (48) 3255-0664
 Celular: (48) 9973-1991

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO
 Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
 CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: 129803 Inscrição estadual: SC
 Endereço: BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: financeiro@hscamilo.com.br Telefone: (11) 3868-5164 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Plantão Obstetrícia (96H) & Competência 01-2023	12.480,0000	1,0000	12.480,0000	12.480,00x2,00 =	249,60

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	11.712,48								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 81,12	R\$ 374,40	R\$ 0,00	R\$ 187,20	R\$ 124,80	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 12.480,00			Valor líquido = R\$ 11.712,48		

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	12.480,00	249,60

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.
 Situação desta NFS-e: Normal
 Dados Bancários:

AG 1075-3
 CC 2635-9.
 Banco - Caixa Economica.

Serviço prestado por sócio proprietário.
 Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.678,56 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 259,58 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.51
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 077 - BANCO INTER
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 18.268.667-1

FAVORECIDO: RVDM SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 44.726.108/0001-31
VALOR: R\$ 15.535,00
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030205
AUTENTICACAO SISBB: 2.51D.C65.1A3.4A3.92F

RVDM SERVICOS MEDICOS LTDA

RUA ANTONIO BARRANCO, 64,
BARRA DA LAGOA - FLORIANÓPOLIS - SC - 88.061-445
CNPJ: 44.726.108/0001-31
CMC: 816.672-6

DANFPS-E

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica
Numero: 2
Autorização: 2404922
Emissão: 02/03/2023
Código de Verificação: 2A2A-BAB2-1DE0-874A



Dados do Tomador

NOME/RAZÃO SOCIAL HOSPITAL SAO CAMILO			CFPS 9205
ENDEREÇO AVENIDA BRASIL, 938 -		BAIRRO/DISTRITO PAES LEME	CEP 88.780-000
MUNICÍPIO Imbituba	UF SC	País BRASIL	CPF/CNPJ/Outros 60.975.737/0092-99 CMC

Dados do(s) serviço(s)

Cód. Atividade	(Descrição CNAE) Descrição do Serviço	CST	Aliq.	Valor Unitário	Qtde	Valor Total
8630502	(ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE EXAMES COMPLEMENTARES) HONORÁRIOS MÉDICOS PLANTÃO EMERGÊNCIA (119, 5H) - COMPETÊNCIA 01-2023- (DR. RODRIGO) "SERVIÇOS PRESTADOS PELO SÓCIO PROPRIETÁRIO DA EMPRESA, DISPENSADO RETENÇÃO INSS CONFORME INSTRUÇÃO NORMATIVA 971/2009, ARTIGO 120, INCISO III, PARÁGRAFO 3°."	0	0,00	R\$ 15.535,00	1	R\$ 15.535,00

Cálculo do Imposto

Base de Cálculo de ISSQN R\$ 0,00	Valor do ISSQN R\$ 0,00	Base de Cálculo ISSQN Subst. R\$ 0,00	Valor do ISSQN Subst. R\$ 0,00	Valor Total dos Serviços R\$ 15.535,00
---	-----------------------------------	---	--	--

Dados adicionais

BANCO: 077-BANCO INTER AGENCIA: 0001 CONTA CORRENTE: 18268667-1 "A empresa passou por uma alteração de razão social e endereço no mês de dezembro, sendo a antiga razão social MRLJ SERVICOS MEDICOS LTDA"

DANFPS-E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

A VALIDADE E AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ELETRÔNICA PODERÃO SER COMPROVADAS MEDIANTE CONSULTA À PÁGINA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMF NA INTERNET, NO ENDEREÇO portal.pmf.sc.gov.br/sites/vceletronica, EM VERIFICAR AUTENTICIDADE >> PRODUÇÃO, INFORMANDO O CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 2A2ABAB21DE0874A E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 8166726

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.51
1408701408 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2


=====

FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 4721-X - GAROPABA
CONTA: 21.239-2


FAVORECIDO: PETER MACIEL HABERLEHNER
CPF/CNPJ: 028.031.217-27
VALOR: R\$ 9.360,00
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030206
AUTENTICACAO SISBB: 9.7D4.226.D92.8F0.E2A

PETER MACIEL MEDICIDA LTDA CNPJ: 49.287.569/0001-79 VILSON DE SOUZA - ***** CEP: 88.495-000 - Bairro: AMBRÓSIO Município: GAROPABA - SANTA CATARINA Insc. Municipal: 7341 - Insc. Estadual: Email: CONTATO@JOAQUIMCONTAP.COM.BR Telefone: (48) 99901-8013 - Celular: (48) 99901-8013	Número da NFS-e 5	Situação Emitida	 Autenticidade
		Tipo Preenchido	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE GAROPABA SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA	Identificador 8113 7385 8020 4928 7569 2024 0302 0320 2309 7611 
	Data Fato Gerador 02/03/2023

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO	CPF/CNPJ 60.975.737/0092-99
Endereço AVENIDA BRASIL	Número 938
Bairro PAES LEME	CEP 88.780-000
	Complemento NÃO INFORMADO
	Cidade - Estado Imbituba - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Quantidade	Unidade	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
401	8113	SIMPLES NACIONAL	TI	1,00	Un	9.360,00	0,00	0,00	SIMPLES NACIONAL

Descrição do Serviço: Honorários Médicos Plantão Obstetrícia (72H) - Competência 01-2023 Banco agencia Caixa - 104 Banco: 104 Agência: 4721 Conta: 21239-2

Valor Total 9.360,00	Desc. Incondicional 0,00	Dedução 0,00	Base de Cálculo SIMPLES NACIONAL	ISSQN SIMPLES NACIONAL
ISSRF 0,00	IR 0,00	INSS 0,00	CSLL 0,00	COFINS 0,00
PIS 0,00	Outras Retenções 0,00	Total Trib. Federais 0,00	Desc. Condicional 0,00	Valor Líquido 9.360,00

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03

401 Medicina e biomedicina

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8113 Garopaba

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(401) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 32/2023 de 24/01/2023 14:29:35

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
<https://garopaba.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e>

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 15/04/2023

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$1.258,92 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$197,50 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Observações: "Serviço prestado por sócio proprietário"

Modelo aprovado pelo DECRETO Nº 2073, DE 20 DE SETEMBRO DE 2010.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.51
1408701408 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3078-3 - SICOOB CREDIVALE SC
CONTA: 19.802-1

FAVORECIDO: SM - MEDICAS ASSOCIADAS LTDA
CPF/CNPJ: 36.346.394/0001-81
VALOR: R\$ 3.120,00
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030207
AUTENTICACAO SISBB: 5.BC8.B71.38A.6DB.4B1



MUNICÍPIO DE RIO FORTUNA
NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Identificador da Nota	20230000000037		
Emissão	02/03/2023 10:13:28	Código de Validação	431044626
Data do RPS		Número do RPS	

PRESTADOR DO SERVIÇO

Inscrição Municipal	1397	Nome / Razão Social	SM - MEDICAS ASSOCIADAS LTDA
CPF/CNPJ	36.346.394/0001-81	Município	RIO FORTUNA (SC) - 8293
Telefone		E-mail	
Endereço	AV. SETE DE SETEMBRO		
Número 783	CEP 88760000	Bairro CENTRO	Comp CASA

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO		
CPF/CNPJ	60.975.737/0092-99	Município	IMBITUBA (SC) - 8143
Telefone		E-mail	
Endereço	AVENIDA BRASIL		
Número 938	CEP 88780000	Bairro PAES LEME	Comp

SERVIÇO PRESTADO

Código do Serviço	99.99 - Outros.		
Valor do Serviço	R\$ 3.120,00	Situação Tributária	ISS devido ao município do local de prestação
(-) Deduções	---	Local da Prestação	IMBITUBA (SC) - 8143
(=) Base de Cálculo	R\$ 3.120,00	Data da Prestação	02/03/2023
(x) Alíquota de ISS	---	(=) Valor de ISS	----
(-) Retenções	--- (Federais)	--- (Outras)	Valor Líquido R\$ 3.120,00

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO

Honorários Médicos Plantão Obstetrícia (24H) - Competência 01-2023

"Serviço prestado por sócio proprietário".
Dra. Tainá Molon Fagundes

Banco: 756 Sicoob
- Ag: 3078
- Conta: 19.802-1

OUTRAS INFORMAÇÕES



- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
- A tributação deste serviço é variável de acordo com a LC 123/06.
- Esta nota fiscal pode ser verificada on-line no endereço <https://nfse.ciga.sc.gov.br/validar>

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO

AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS

REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO

BANCO: 336 - BCO C6 S.A.

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 7.330.222-8

FAVORECIDO: VILBERTO ANTONIO FELIPPE

CPF/CNPJ: 33.317.131/0001-56



VALOR: R\$ 15.600,00

DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030208

AUTENTICACAO SISBB: 2.8D9.124.77F.030.E75

 PREFEITURA DE TUBARÃO SECRETARIA DA FAZENDA	NOTA FISCAL 0000035	
	NÚMERO RPS	
	DATA DE EMISSÃO NOTA 02/03/2023 11:02:25	
	DATA DO FATO GERADOR 02/03/2023	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR VILBERTO ANTONIO FELIPPE		NOME FANTASIA PRESTADOR S.O.S. MEDICAL CARE			COMPLEMENTO
ENDEREÇO RUA JAIME AGUIAR DE SOUZA, Nº 314, HUMAITA DE CIMA, TUBARÃO SC, 88708040					
Nº CPF/CNPJ 33.317.131/0001-56	SIMPLES NACIONAL SIM	INSC. MUNICIPAL 74618	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 48 36281397	E-MAIL etsul@cyber.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR Sociedade Beneficente São Camilo					COMPLEMENTO
ENDEREÇO Avenida Brasil, Nº 938, PAES LEME, CEP 88780000, IMBITUBA - SC					
Nº CPF/CNPJ 60.975.737/0092-99	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL contabilidade@hscamilo.com.br	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	1	HONORARIOS MÉDICOS PLANTÃO OBSTETRICO (120H) - COMPETENCIA 01/2023	15.600,00	15.600,00

OBSERVAÇÕES SERVIÇO PRESTADO POR SÓCIO PROPRIETARIO / BANCO: 336 - AGENCIA: 0001 / CONTA CORRENTE: 7330222-8 / CHAVE PIX CNPJ:33317131000156	TOTAL GERAL 15.600,00
--	--

IMPOSTOS FEDERAIS						IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,1700 %	15.600,00	338,52	15.600,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO LC116: 0403 - CNAE: 8630-5/01 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.
--

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DEDUÇÕES (Materiais e Outros) R\$ 0,00	OUTRAS DEDUÇÕES R\$ 0,00
--	------------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO IMBITUBA - SC	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT) R\$ 2.452,32 (15.72%)
--	---	---	--

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 5c41fe87f4fe26d5f042ae3c8cf0b00e
 ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 82ec2d124dab993a0f9bb4d32df67902

Recebi(emos) de VILBERTO ANTONIO FELIPPE o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número 0000035 .	NÚMERO NOTA FISCAL 0000035
_____ Data do Recebimento	_____ Identificação e assinatura do receptor

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====


FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA: 1407-9 - PAC LAGUNA
CONTA: 733.638-1

FAVORECIDO: S E S CLINICA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ: 29.656.787/0001-26
VALOR: R\$ 16.104,66
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030209
AUTENTICACAO SISBB: 3.854.499.042.3C8.19F

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA Nota Fiscal Eletrônica - NFE	Número do RPS	Número da nota 101
	Data da emissão da nota 02/03/2023 11:21:56	
	Data do fato gerador 02/03/2023 11:21:56	
	Código de verificação VDDEG8CIA	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: S & S MED
 Nome/Razão social: S & S CLINICA MEDICA LTDA ME
 CPF/CNPJ: 29.656.787/0001-26 Inscrição municipal: 10620
 Endereço: R RODOLFO DE OLIVIERA, Nº 55 Número: 384 Bairro: VILA NOVA CEP: 88780-000
 Complemento: AP/E: CASA
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: consultoriomedicodrfabio@hotmail.com Site:

Inscrição estadual:
 Telefone: (48) 3644-0234
 Celular: (48) 98481-5443

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO
 Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
 CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: 129803 Inscrição estadual:
 Endereço: Avenida Brasil Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: Telefone: (11) 3868-5164 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Plantão Emergência (132H) e Competência 01-2023	17.160,0000	1,0000	17.160,0000	17.160,00x2,00 =	343,20

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	16.104,66								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 111,54	R\$ 514,80	R\$ 0,00	R\$ 257,40	R\$ 171,60	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 17.160,00		Valor líquido = R\$ 16.104,66			

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	17.160,00	343,20

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.

Situação desta NFS-e: Normal

"Serviço prestado por sócio proprietário".

BANCO, AGÊNCIA E NÚMERO CONTA BANCÁRIA PARA RECEBIMENTO:

Banco Unicred
 Número 136
 Agência 1407
 Conta 733638-1

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 2.308,02 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 356,93 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA: 1107-X - PAC BAIA SUL
CONTA: 200.315-5

FAVORECIDO: AML ASSESSORIA MEDICA GESTAO EM SAU
CPF/CNPJ: 20.923.177/0001-77
VALOR: R\$ 43.651,51
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030210
AUTENTICACAO SISBB: B.BE2.9E6.E48.AA2.F1C

AML ASSESSORIA MEDICA GESTAO EM SAUDE LTDA

DANFPS-E

AVENIDA ENG MAX DE SOUZA, 1135 , SALA 603 CORAL CORP
 COQUEIROS - FLORIANÓPOLIS - SC - 88.080-000
 CNPJ: 20.923.177/0001-77
 CMC: 482.236-6

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica
 Numero: 7630
 Autorização: 476214
 Emissão: 02/03/2023
 Código de Verificação: 1028-A839-BF70-F0EF



Dados do Tomador

NOME/RAZÃO SOCIAL Sociedade Beneficente Sao Camilo			CFPS 9205
ENDEREÇO Avenida Brasil, 938 -		BAIRRO/DISTRITO Paes Leme	CEP 88.780-000
MUNICÍPIO Imbituba	UF SC	País BRASIL	CPF/CNPJ/Outros 60.975.737/0092-99 CMC

Dados do(s) serviço(s)

Cód. Atividade	(Descrição CNAE) Descrição do Serviço	CST	Aliq.	Valor Unitário	Qtde	Valor Total
8610102	(ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS) SERVIÇOS PRESTADOS POR SÓCIO PROPRIETÁRIO - HONORÁRIOS MÉDICOS PLANTÃO OBSTETRÍCIA (24H) (DRA. SCHAIANE) - COMPETÊNCIA 01-2023 - R\$ 3.120, 00 HONORÁRIOS MÉDICOS PLANTÃO OBSTETRÍCIA (72H) (DR. ALLAN) - COMPETÊNCIA 01-2023 - R\$ - 9.360, 00 HONORÁRIOS MÉDICOS SOBREAVISO ORTOPEDIA (744H) (DR.MARCOS) - COMPETÊNCIA 01-2023 - R\$ 16.236, 00 HONORÁRIOS MÉDICOS AMBULATÓRIO TRAUMATOLOGIA (18DIAS) (DR.MARCOS) - COMPETÊNCIA 01-2023 R\$ 16.236, 00 HONORÁRIOS MÉDICOS PLANTÃO EMERGÊNCIA (12H) - DR. GUSTAVO SANGIOGO - COMPETÊNCIA 01-2023 - R\$ 1.560, 00 VALOR BRUTO: R\$ 46.512, 00	0	0,00	R\$ 46.512,00	1	R\$ 46.512,00

Cálculo do Imposto

Base de Cálculo de ISSQN R\$ 0,00	Valor do ISSQN R\$ 0,00	Base de Cálculo ISSQN Subst. R\$ 0,00	Valor do ISSQN Subst. R\$ 0,00	Valor Total dos Serviços R\$ 46.512,00
---	-----------------------------------	---	--	--

Dados adicionais

ReterIR1,50%R\$ 697,68+PCC4,65%R\$ 2.162,81*ValorLiquidoR\$ 43.651,51*DadosBancários:UNICREDAg:1107Conta:200315-5PIX: 20.923.177/0001-77

DANFPS-E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

A VALIDADE E AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS AUXILIARES DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ELETRÔNICA PODERÃO SER COMPROVADAS MEDIANTE CONSULTA À PÁGINA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMF NA INTERNET, NO ENDEREÇO portal.pmf.sc.gov.br/sites/notaeletronica, EM VERIFICAR AUTENTICIDADE >>> PRODUÇÃO, INFORMANDO O CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 1028A839BF70F0EF E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 4822366

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO

AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====


FINALIDADE: 25 PAGAMENTO DE HONORARIOS
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA: 1406-0 - PAC IMBITUBA
CONTA: 49.148-9

FAVORECIDO: JOSE CARLOS ANGIOLETTI
CPF/CNPJ: 30.232.096/0001-84
VALOR: R\$ 25.255,03
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030211
AUTENTICACAO SISBB: 1.4D8.C13.7AD.B1F.5FD

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA Nota Fiscal Eletrônica - NFE</p>	Número do RPS	Número da nota 502
	Data da emissão da nota 02/03/2023 13:40:49	
	Data do fato gerador 02/03/2023 13:40:49	
	Código de verificação DN8QVWYGV	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: JOSE CARLOS ANGIOLETTI
 CPF/CNPJ: 30.232.096/0001-84 Inscrição municipal: 10671
 Endereço: AV BRASIL Número: 859 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: jc.angioletti@uol.com.br Site:

Inscrição estadual:
 Telefone:
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO
 Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
 CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: 129803 Inscrição estadual:
 Endereço: AVENIDA BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: financeiro@hscamilo.com.br Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qty	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Plantão Obstetrícia (207h) & Competência 01-2023	26.910,0000	1,0000	26.910,0000	26.910,00x2,00 =	538,20

Serviço prestado por sócio proprietário.

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	25.255,03								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 174,92	R\$ 807,30	R\$ 0,00	R\$ 403,65	R\$ 269,10	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 26.910,00			Valor líquido = R\$ 25.255,03		

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	26.910,00	538,20

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.
 Situação desta NFS-e: Normal
 Banco Unicred - 136
 Agência 1406
 Conta corrente 49.148-9

Jose Carlos Angioletti
 Valor aproximado do tributo federal - R\$ 3.619,40 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 559,73 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT


 Verificar autenticidade

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====


FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA: 1401-X - UNICRED SUL CATARINENSE
CONTA: 105.501-1

FAVORECIDO: PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS SERAF
CPF/CNPJ: 17.759.442/0001-19
VALOR: R\$ 18.910,77
DEBITO EM: 02/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030212
AUTENTICACAO SISBB: 1.57C.A61.A0B.B83.CBC

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEARIO RINCAO MUNICÍPIO DE BALNEÁRIO RINCÃO NFS-e - NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS	Número do RPS	Número da nota 202300000000003
	Data da emissão da nota	02/03/2023 14:01:30
	Data do fato gerador	02/03/2023 14:01:30
	Código de verificação	BXL1X2ZAC

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS SERAFIM EIRELI - ME
 Nome/Razão social: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS SERAFIM EIRELI - ME
 CPF/CNPJ: 17.759.442/0001-19 Inscrição municipal: 27023
 Endereço: R JOÃO FELIPE CARDOSO (RUA 58 E RAFAEL V-1748 Número: 58 Bairro: BALNEÁRIO RINCÃO SUL CEP: 88828-000
 Complemento:
 Município: Balneário Rincão UF: SC
 E-mail: ricardorserafim@icloud.com Site:

Inscrição estadual:
 Telefone: (48) 3433-3310
 Celular: (48) 98844-6765

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
 CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: isento
 Endereço: AVENIDA BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: hscfaturamento@gmail.com Telefone: (48) 3255-0205 Celular:

Inscrição estadual: ISENT0

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Honorários Médicos Plantão Emergência (155H)- Competência 01-2023 Serviços prestado por sócio proprietário	20.150,0000	1,0000	20.150,0000	20.150,00x2,00 =	403,00

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	18.910,77								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 130,98	R\$ 604,50	R\$ 0,00	R\$ 302,25	R\$ 201,50	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 20.150,00		Valor líquido = R\$ 18.910,77			

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	20.150,00	403,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 17.407/2008 e 17.408/2008.
 Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 2.710,18 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 425,16 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO

AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0344-1 - CONCORDIA

CONTA: 15.973-5

FAVORECIDO: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99

VALOR: R\$ 19.483,20

DEBITO EM: 03/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030301

AUTENTICACAO SISBB: 2.38C.103.744.14D.E2B

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA: 1401-X - UNICRED SUL CATARINENSE
CONTA: 547.511-2

FAVORECIDO: AN CLINICA DA MULHER LTDA
CPF/CNPJ: 47.632.718/0001-64
VALOR: R\$ 13.650,00
DEBITO EM: 03/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030302
AUTENTICACAO SISBB: 1.24C.9C4.C46.BCC.838

 PREFEITURA DE IÇARA ESTADO DE SANTA CATARINA	NOTA FISCAL 0000013	
	NÚMERO RPS	
	DATA DE EMISSÃO NOTA 03/03/2023 09:32:26	
	DATA DO FATO GERADOR 03/03/2023	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR AN CLINICA DA MULHER LTDA		NOME FANTASIA PRESTADOR AN CLINICA DA MULHER LTDA	
ENDEREÇO RUA ALTAMIRO GUIMARAES, N° 384, CENTRO, IÇARA SC, 88820000			COMPLEMENTO
N° CPF/CNPJ 47.632.718/0001-64	SIMPLES NACIONAL SIM	INSC. MUNICIPAL 16495	INSC. ESTADUAL
TELEFONE 4830553999/	E-MAIL ADM@ATHOSCONTABIL.COM		

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO				
ENDEREÇO AV BRASIL, N° 938, PAES LEME, CEP 88780000, IMBITUBA - SC				COMPLEMENTO
N° CPF/CNPJ 60.975.737/0092-99	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	1	Honorários Médicos Plantão Obstetrícia(105H) - Competência 01/2023 Dr. Amanda Borges Serviço prestado por sócio proprietário	13.650,00	13.650,00

OBSERVAÇÕES Banco: 136 - Unicred do Brasil. An Clínica Da Mulher Ltda. Agência: 1401. Conta corrente: 547511-2. CNPJ: 47.632.718/0001-64	TOTAL GERAL 13.650,00
---	---------------------------------

IMPOSTOS FEDERAIS						IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO 13.650,00
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,0496 %	13.650,00	279,77	

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO LC116: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.
--

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO R\$ 0,00	DESC. INCONDICIONADO R\$ 0,00	DEDUÇÕES (Materiais e Outros) R\$ 0,00	OUTRAS DEDUÇÕES R\$ 0,00
---------------------------------------	---	--	------------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO IMBITUBA - SC	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT) R\$ 2.229,05 (16.33%)
--	---	--	--

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - d38cb6b2921fcdf20c26d5e8e9055b86 ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - cffecff229aa2c44091d02d8893432e

Recebi(emos) de AN CLINICA DA MULHER LTDA o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número 0000013 . _____ Data do Recebimento	_____ Identificação e assinatura do receptor	NÚMERO NOTA FISCAL 0000013
---	---	--------------------------------------

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO

AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO

BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED

AGENCIA: 1105-3 - PAC PALHOCA

CONTA: 112.088-3

FAVORECIDO: RMS E GC MEDICINA E SAUDE LTDA

CPF/CNPJ: 27.852.816/0001-08

VALOR: R\$ 2.928,12

DEBITO EM: 03/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030303

AUTENTICACAO SISBB: D.B01.A3D.D94.ECD.6F1

RMS & GC MEDICINA E SAUDE LTDA

RUA BELMIRA ISABEL MARTINS, 62, SALA 502
ESTREITO - FLORIANOPOLIS - SC - 88.075-145
Telefone: 4830677060
CNPJ: 27.852.816/0001-08
CMC: 506.829-0

DANFPS-E

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Prestação de Serviços Eletrônica
Numero: 5862
Autorização: 474317
Emissão: 03/03/2023
Código de Verificação: 0E92-00F9-4534-DC26

**Dados do Tomador**

NOME/RAZÃO SOCIAL SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - IMBITUBA			CFPS 9202
ENDEREÇO AVENIDA BRASIL, 938 -		BAIRRO/DISTRITO PAES LEME	CEP 88.780-000
MUNICÍPIO Imbituba	UF SC	País BRASIL	CPF/CNPJ/Outros 60.975.737/0092-99 CMC

Dados do(s) serviço(s)

Cód. Atividade	(Descrição CNAE) Descrição do Serviço	CST	Aliq.	Valor Unitário	Qtde	Valor Total
8610102	(ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS) REFERENTE A HONORÁRIOS MÉDICOS - PLANTÃO OBSTETRÍCIA (24H) - COMPETÊNCIA: JANEIRO/2023 - DR*. RAFAELA FUJII. - "SERVIÇO PRESTADO POR SÓCIO PROPRIETÁRIO".	0	2,00	R\$ 3.120,00	1	R\$ 3.120,00

Cálculo do Imposto

Base de Cálculo de ISSQN R\$ 3.120,00	Valor do ISSQN R\$ 62,40	Base de Cálculo ISSQN Subst. R\$ 0,00	Valor do ISSQN Subst. R\$ 0,00	Valor Total dos Serviços R\$ 3.120,00
--	-----------------------------	--	-----------------------------------	--

Dados adicionais

RETER: PCC 4,65% R\$145,08 - IRF 1,50% R\$46,80 - TOTAL RETENÇÃO R\$191,88 - DEPOSITAR LIQUIDO R\$2.928,12 - DADOS BANCÁRIOS: BANCO UNICRED 136 - AG.1105 - C/C: 112.088-3

DANFPS-E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

A VALIDADE E AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS AUXILIARES DA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ELETRÔNICO PODERÃO SER COMPROVADAS MEDIANTE CONSULTA À PÁGINA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMF NA INTERNET, NO ENDEREÇO portal.pmf.sc.gov.br/sites/notaeletronica, EM VERIFICAR AUTENTICIDADE >> PRODUÇÃO, INFORMANDO O CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: 0E9200F94534DC26 E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO EMITENTE NO CADASTRO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES - CMC: 5068290

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2


=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA: 1710-8 - PAC BIGUAÇU
CONTA: 545.712-2


FAVORECIDO: FEA SERVICOS MEDICOS LIMITADA
CPF/CNPJ: 37.471.477/0001-65
VALOR: R\$ 80.808,60
DEBITO EM: 03/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030304
AUTENTICACAO SISBB: 1.64E.EDE.817.C9B.86A

F&A SERVIÇOS MÉDICOS LIMITADA CNPJ: 37.471.477/0001-65 RUA 15 DE OUTUBRO, 170 - Sala 05 CEP: 89084-030 - Bairro: CARIJÓS Município: INDAIAL - SC Telefone: () 47997734411 Celular: (479) 97734411 Email: gerencia.ubf@gmail.com Insc. Municipal: 44502	Número da NFS-e 58	
	Situação Emitido	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 ESTADO DE SANTA CATARINA MUNICIPIO DE INDAIAL SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS	Autenticidade 0181470582314804	
	Data Emissão 03/03/2023	Hora Emissão 09:51:55

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome Fantasia HOSPITAL SÃO CAMILO		
Razão Social SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO		CPF/CNPJ 60.975.737/0092-99
Endereço Rua rodovia sc 434	Número 938	Complemento
Bairro aracatuba	CEP 88780-000	Cidade - Estado IMBITUBA - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vlr. Trib.	Dedução	Vlr. ISSRF
403	8143	3.0000 %	TI	86.104,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço:

Serviço prestado por sócio proprietário
 Honorários Médicos Plantão Emergência – Competência 01-2023– R\$ 38.220,00
 Dra. Ana Paula (201H) – Dr. Jaime(45H) – Dr. Roberto (48H)
 Honorários Médicos Sobreaviso – Competência 01-2023→ R\$ 47.884,00
 Dr. Jaime (Clínica Medica 744H + Clínica Pediátrica 744H)

Base de Cálculo	Valor ISSQN	Valor ISSRF	Desconto	Valor Total	Valor Líquido
86.104,00	2.583,12	0,00	0,00	86.104,00	80.808,60
IR 1.291,56	INSS 0,00	CSSL 861,04	COFINS 2.583,12	PIS 559,68	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

8143 - IMBITUBA - SC

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente.

(403) Serviço Tributado no município do prestador.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 405/2020 de 07/07/2020.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 17/04/2023.

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: www.nfs-e.net.

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 11.580,99 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 1.790,96 (2.0800%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

Software FiscalWeb- IPM Sistemas - Protegido por Lei.

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

06/03/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:00:15
140801408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====
DATA DA TRANSFERENCIA 06/03/2023
NR. DOCUMENTO 555.271.000.013.433
VALOR TOTAL 9.360,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CORREA N C MEDICA LTDA
AGENCIA: 5271-X CONTA: 13.433-3
NR. DOCUMENTO 551.408.000.050.846

=====
NR.AUTENTICACAO 8.9C1.5CD.F84.FEE.8DE

**MUNICÍPIO DE ITAJAÍ**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Rua Alberto Werner, 100, Vila Operária,
CEP: 88304-053 - ITAJAÍ/SC**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**Número e Série da NFS-e
00000000057 / A1Data e Hora da Emissão
06/03/2023 08:06:14Competência
3/2023Código de Verificação
KTGC-CTYF**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **32.551.180/0001-96** Inscrição Municipal: **335753**
Nome fantasia: **CORREA NEPOMUCENO CLINICA MEDICA LTDA**
Nome empresarial: **CORREA NEPOMUCENO CLINICA MEDICA LTDA**
Endereço: **SANTO ANTONIO, 173 - APTO 1001 SALA 02** CEP: **88303-310**
Bairro: **SAO JUDAS** Fone: **4797734411**
Município: **ITAJAÍ** UF: **SC** E-mail: **fiscal.ubf@gmail.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **60.975.737/0092-99** Inscrição Municipal:
Nome: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO**
Endereço: **AV BRASIL, 938** CEP: **88780-000**
Bairro: **PAES LEME** Fone: **4832550205**
Município: **IMBITUBA** UF: **SC** E-mail: **auditorti@saocamilosul.com**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Dra Mariel Correa
Serviço prestado por sócio proprietário
Honorários Médicos Plantão Obstetrícia (72H) Competência 01-2023

Banco do Brasil
Agência 5271-X
Conta 13.433-3

VALOR TOTAL DO SERVIÇO: R\$ 9.360,00

Código do Serviço:

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

Natureza de Operação:

501 - ISS devido para Itajaí (Simples Nacional)

Local da prestação do serviço

ITAJAÍ / SC - BRASIL

Valor Serviços	Base de Cálculo	Alíquota ISS	Valor ISS retido	Valor ISS
9.360,00	9.360,00	0,00 %	0,00	0,00
Desconto incondicional	Desconto condicional	Valor PIS	Valor COFINS	Valor INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valor IR	Valor CSLL	Outras retenções	Valor deduções	Valor líquido da NFS-e
0,00	0,00	0,00	0,00	9.360,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (USO EXCLUSIVO DO MUNICÍPIO)

- Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal no portal da NFS-e de Itajaí: <http://nfse.itajai.sc.gov.br/>
- DOCUMENTO FISCAL EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

Desenvolvido por Pública

RECEBI(EMOS) DA EMPRESA: CORREA NEPOMUCENO CLINICA MEDICA LTDA A NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Nº00000000057 / A1, EMITIDA EM 06/03/2023 NO VALOR DE R\$ 9.360,00.

DATA DO RECEBIMENTO: ___/___/___ ASSINATURA DO DESTINATÁRIO: _____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2


=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 403 - CORA SCD S.A.
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 3.761.650-9

FAVORECIDO: CAMPO DE TULIPAS - ESPACO DE BEM -
CPF/CNPJ: 49.639.581/0001-03
VALOR: R\$ 7.038,75
DEBITO EM: 06/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030601
AUTENTICACAO SISBB: 3.5C1.F2D.9DA.8C9.43B

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA Nota Fiscal Eletrônica - NFE	Número do RPS	Número da nota 1
	Data da emissão da nota 03/03/2023 14:11:27	
	Data do fato gerador 03/03/2023 14:11:27	
	Código de verificação IMVEUWVRS	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: CAMPO DE TULIPAS - ESPAÇO DE BEM - ESTAR
 Nome/Razão social: CAMPO DE TULIPAS - ESPAÇO DE BEM - ESTAR LTDA
 CPF/CNPJ: 49.639.581/0001-03 Inscrição municipal: 15860
 Endereço: EST GERAL DE IBIRAQUERA Número: SN Bairro: IBIRAQUERA CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: DRASUSYMEIRA@GMAIL.COM Site:

Inscrição estadual:
Telefone: (48) 99126-1818
Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO
 Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
 CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: 129803 Inscrição estadual:
 Endereço: BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: contabilidade@hscamil.com.br Telefone: (11) 3868-5164 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
HONORÁRIOS PLANTÃO SOBREAVISO (5 DIAS) - COMPETÊNCIA 01/2023	7.500,0000	1,0000	7.500,0000	7.500,00x2,00 =	150,00

"SERVIÇO PRESTADO POR SÓCIO PROPRIETÁRIO"

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	7.038,75								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 48,75	R\$ 225,00	R\$ 0,00	R\$ 112,50	R\$ 75,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 7.500,00		Valor líquido = R\$ 7.038,75			

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	7.500,00	150,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.
 Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.008,75 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 156,00 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Banco - 403
 Ag - 0001
 CC - 3761650-9

08/03/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:52:52
140801408 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====
DATA DA TRANSFERENCIA 08/03/2023
NR. DOCUMENTO 551.408.000.005.095
VALOR TOTAL 5.000,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL XAVIER SANT ANA
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 5.095-4
NR. DOCUMENTO 551.408.000.050.846

=====
NR.AUTENTICACAO E.D89.A5C.CCF.75B.873

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA Nota Fiscal Eletrônica - NFE</p>	Número do RPS	Número da nota 18
	Data da emissão da nota 02/03/2023 20:00:10	
	Data do fato gerador 02/03/2023 20:00:10	
	Código de verificação K4MOWN6OP	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:		Inscrição estadual:	
Nome/Razão social: RAFAEL XAVIER SANT ANA SERVIÇOS MÉDICOS		Telefone: (48) 99986-2412	
CPF/CNPJ: 48.137.816/0001-98	Inscrição municipal: 15170		
Endereço: AV BRASIL Número: 891 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000			
Complemento: AP/E: SALA 01		Celular:	
Município: Imbituba	UF: SC		
E-mail: RAFAELXSANTANA@OUTLOOK.COM	Site:		

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO			
Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO			
CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99	Inscrição municipal: 129803	Inscrição estadual:	
Endereço: BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000			
Complemento:			
Município: Imbituba	UF: SC		
E-mail: Contabilidade@hscamilo.com.br	Telefone: (11) 3868-5164	Celular:	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Serviços realizados pelo sócio-proprietário - Dr Rafael Sant'Ana. Honorários sobreaviso médico - Competência 01/2023.	5.000,0000	1,0000	5.000,0000	5.000,00x2,00 =	100,00

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	5.000,00								

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
Valor bruto = R\$ 5.000,00			Valor líquido = R\$ 5.000,00		

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	5.000,00	100,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município

Situação tributária do ISSQN: Normal

Local da prestação do serviço: Imbituba

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.

Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 672,50 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 104,00 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.52
1408701408 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO

AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

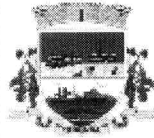
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SOCIEDADE B SAO CAMILO
BANCO: 136 - CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA: 1406-0 - PAC IMBITUBA
CONTA: 49.144-6

FAVORECIDO: PURA VIDA SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 14.040.191/0001-20
VALOR: R\$ 15.000,00
DEBITO EM: 08/03/2023

=====

DOCUMENTO: 030801
AUTENTICACAO SISBB: D.909.7E4.E50.CCE.484



PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
 Nota Fiscal Eletrônica - NFE

Número do RPS	Número da nota 1089
Data da emissão da nota 03/03/2023 09:33:11	
Data do fato gerador 03/03/2023 09:33:11	
Código de verificação QCARQDAGI	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: LIFE MED
 Nome/Razão social: PURA VIDA SERVICOS MEDICOS LTDA
 CPF/CNPJ: 14.040.191/0001-20 Inscrição municipal: 7857
 Endereço: R 03 DE OUTUBRO Número: 544 Bairro: CENTRO CEP: 88780-000
 Complemento: AP/E: SALA 02
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: helvioross@hotmail.com Site:

Inscrição estadual:
 Telefone:
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL SAO CAMILO
 Nome/Razão social: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
 CPF/CNPJ: 60.975.737/0092-99 Inscrição municipal: 129803 Inscrição estadual:
 Endereço: BRASIL Número: 938 Bairro: PAES LEME CEP: 88780-000
 Complemento:
 Município: Imbituba UF: SC
 E-mail: financeiro@hscamilo.com.br Telefone: (11) 3868-5164 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Serviço prestado por sócio proprietário: Honorários Médicos Sobreaviso (672h). Competência 01-2023	15.000,0000	1,0000	15.000,0000	x =	

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	15.000,00								

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
Valor bruto = R\$ 15.000,00		Valor líquido = R\$ 15.000,00			

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		

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na LC nº 3.795/2010 e Dec. nº 40/2011.
 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.
 Situação desta NFS-e: Normal
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 2.017,50 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 312,00 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

17/03/2023 - BANCO DO BRASIL - 14:17:17
140801408 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	17/03/2023
NR. DOCUMENTO	551.408.000.040.846
VALOR TOTAL	12.988,80

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 40.846-8
NR. DOCUMENTO 551.408.000.050.846

=====

NR.AUTENTICACAO B.555.5C7.ED8.E2D.DCA



Transações Pendentes

G331171407124397077
17/03/2023 14:13:55

Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/03/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 14.13.55
1408701408

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2
EFETUADO POR: ALESSANDRO NASCIMENTO C
=====

Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS
Codigo de Barras 8585000043-6 83540385231-9
10070123076-9 26713340030-5
Agente arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
Data do pagamento 17/03/2023
Numero do Documento 07.01.23076.2671334-0
Valor Total 4.383,54
=====

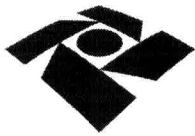
Modelo aprovado pelo Ato Declaratório Executivo
Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011
Pagamento agendado.
Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação
de segurança e será processada após análise.
O comprovante definitivo somente será emitido
apos a quitacao.

Assinada por	JF412664 ALINE VENDRUSCOLO	17/03/2023 14:02:36
	JF893491 ALESSANDRO NASCIMENTO CAMPOS	17/03/2023 14:13:55

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JF893491 ALESSANDRO NASCIMENTO CAMPOS.

50



Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ 60.975.737/0001-51	Razão Social SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		
Período de Apuração 31/03/2023	Data de Vencimento 20/04/2023	Número do Documento 07.01.23076.2671334-0	Pagar este documento até 20/04/2023
Observações IRRF retido NF's Honor-Medicos - 01-2023 Convênio Sicalc Contribuinte - 7107 - SP			Valor Total do Documento 4.383,54

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	4.383,54			4.383,54
	06 IRRF - REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS PRESTADOS POR PJ				
	PA 03/2023 Vencimento 20/04/2023				
	Totais	4.383,54	0,00	0,00	4.383,54

SEMDA (Versão:5.1.4) Página: 1 / 1 17/03/2023 11:48:33

85850000043 6 83540385231 9 10070123076 9 26713340030 5 **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85850000043 6	83540385231 9	10070123076 9	26713340030 5
---------------	---------------	---------------	---------------



CNPJ: 60.975.737/0001-51
 Número: 07.01.23076.2671334-0
 Pagar até: 20/04/2023
 Valor: 4.383,54

Pague com o PIX



Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/03/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 14.13.55
1408701408

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: SOCIEDADE B SAO CAMILO
AGENCIA: 1408-7 CONTA: 50.846-2
EFETUADO POR: ALESSANDRO NASCIMENTO C
=====

Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS
Codigo de Barras 8588000135-7 89040385231-1
10070123076-9 26691312963-7
Agente arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
Data do pagamento 17/03/2023
Numero do Documento 07.01.23076.2669131-2
Valor Total 13.589,04

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo
Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011
Pagamento agendado.
Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação
de segurança e será processada após análise.
O comprovante definitivo somente sera emitido
apos a quitacao.

Assinada por	JF412664 ALINE VENDRUSCOLO	17/03/2023 14:02:53
	JF893491 ALESSANDRO NASCIMENTO CAMPOS	17/03/2023 14:13:55

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JF893491 ALESSANDRO NASCIMENTO CAMPOS.

50



Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ 60.975.737/0001-51	Razão Social SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		
Período de Apuração 31/03/2023	Data de Vencimento 20/04/2023	Número do Documento 07.01.23076.2669131-2	Pagar este documento até 20/04/2023
Observações PCC retido NF's Honor-Medicos - 01-2023 Convênio			Valor Total do Documento 13.589,04
Sicalc Contribuinte - 7107 - SP			

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	13.589,04			13.589,04
	07 CSLL/COFINS/PIS/PASEP - RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE PAGAMENTOS DE PJ A PJ DE DIREITO PRIVADO				
	PA 03/2023 Vencimento 20/04/2023				
	Totais	13.589,04	0,00	0,00	13.589,04

SENDER (Versão:5.1.4) Página: 1 / 1 17/03/2023 11:47:54

85880000135 7 89040385231 1 10070123076 9 26691312963 7

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85880000135 7 89040385231 1 10070123076 9 26691312963 7



CNPJ: 60.975.737/0001-51
 Número: 07.01.23076.2669131-2
 Pagar até: 20/04/2023
 Valor: 13.589,04

Pague com o PIX



FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
------	-------	--------	-----------	------------	-----	-------	------------	-------

Convênio: FUNDO MUNICIPAL

197502 ABEGAIL JOAO DA SILVA Atend.: 13/01/2023 13:24 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	3	0,00	0,0000	6,18	AMB
4538	03.200	75600099	LAMINA BISTURI N15	2	0,00	0,0000	8,62	AMB
4555	03.200	70950601	LUVA ESTERIL N 7.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB

TOTAL CONTA ->

156,42

197260 ADELIR LAURO CARVALHO Atend.: 12/01/2023 13:53 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
---	--------	----------	--------------------	---	------	--------	-------	-----

TOTAL CONTA ->

70,00

200359 ADENIR DA GLORIA SANTOS RIBEIRO Atend.: 26/01/2023 13:32 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
---	--------	----------	--------------------	---	------	--------	-------	-----

TOTAL CONTA ->

70,00

200344 ADINEI GREGORIO DOS PASSOS Atend.: 26/01/2023 12:06 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
---	--------	----------	--------------------	---	------	--------	-------	-----

TOTAL CONTA ->

70,00

198591 ADRIANA APARECIDA MACIEL Atend.: 18/01/2023 11:15 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
---	--------	----------	--------------------	---	------	--------	-------	-----

TOTAL CONTA ->

70,00

199826 ADRIANO QUERINO JUNIOR Atend.: 24/01/2023 12:43 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
---	--------	----------	--------------------	---	------	--------	-------	-----

TOTAL CONTA ->

70,00

199825 ALEX FERREIRA PIRES Atend.: 24/01/2023 12:38 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
---	--------	----------	--------------------	---	------	--------	-------	-----

TOTAL CONTA ->

70,00

200574 ALISSON DAVI LEANDRO Atend.: 27/01/2023 11:56 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
---	--------	----------	--------------------	---	------	--------	-------	-----

TOTAL CONTA ->

70,00

199814 ALISSON SA BRITO DA SILVA Atend.: 24/01/2023 11:37 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL

4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
---	--------	----------	--------------------	---	------	--------	-------	-----

TOTAL CONTA ->

70,00

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
199494 ALOISIO ALVARO LAZARIM Atend.: 23/01/2023 10:37 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00
199549 AMAURI TARGINO DE SOUZA Atend.: 23/01/2023 11:53 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	PS
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	1	0,00	0,0000	2,06	PS
4538	03.200	75600099	LAMINA BISTURI N15	1	0,00	0,0000	4,31	PS
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	PS
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLOGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	PS
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	PS
TOTAL CONTA ->								153,17
196973 ARIANE MARTINS Atend.: 11/01/2023 09:47 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00
195665 BERNARDO DE SOUZA MARTINS Atend.: 05/01/2023 13:40 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00
198081 BRUNO RAFAEL BARRETO ACOSTA Atend.: 16/01/2023 09:48 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00
197497 BRUNO VIEIRA DE SOUZA Atend.: 13/01/2023 13:11 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	3	0,00	0,0000	6,18	AMB
4538	03.200	75600099	LAMINA BISTURI N15	2	0,00	0,0000	8,62	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								156,42
201110 CAMILA DA ROSA SILVA Atend.: 30/01/2023 07:12 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4295	03.200	70431108	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM	4	0,00	0,0000	20,88	AMB
4319	03.200	70430845	ATADURA CREPON 15CM 45MT ORTO	4	0,00	0,0000	26,56	AMB
4326	03.200	79908314	ATADURA GESSADA 15CM	4	0,00	0,0000	44,20	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								233,26
195911 CLAUDEMIR CANDIDO Atend.: 06/01/2023 11:33 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
201134 CLEVERSON BORGES DOS PASSOS Atend.: 30/01/2023 08:59 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4295	03.200	70431108	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM	6	0,00	0,0000	31,32	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	6	0,00	0,0000	27,90	AMB
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	6	0,00	0,0000	52,20	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							253,04	
197512 CRISTIANO DA SILVA ESPINDOLA Atend.: 13/01/2023 13:52 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	5	0,00	0,0000	10,30	AMB
4536	03.200	75600072	LAMINA BISTURI N11	1	0,00	0,0000	4,31	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							156,23	
198109 CRISTIANO DE SOUZA BATISTA Atend.: 16/01/2023 10:51 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199504 DANIEL MACHADO Atend.: 23/01/2023 10:48 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199789 DANIEL MACHADO Atend.: 24/01/2023 10:43 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4296	03.200	70431078	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM	5	0,00	0,0000	28,05	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	5	0,00	0,0000	23,25	AMB
4319	03.200	70430845	ATADURA CREPON 15CM 45MT ORTO	6	0,00	0,0000	39,84	AMB
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	4	0,00	0,0000	34,80	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							272,74	
194880 DAVI ESTEVAO SPERBER Atend.: 02/01/2023 13:01 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199569 DHOMINICK MIGUEL DE LIMA Atend.: 23/01/2023 12:38 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4296	03.200	70431078	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM	2	0,00	0,0000	11,22	AMB
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	2	0,00	0,0000	17,40	AMB

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4564	03.200	71094431	MALHA TUBULAR 08CM ROLO C25 M	10	0,00	0,0000	0,10	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							170,34	
194854 DILCEIA DO NASCIMENTO Atend.: 02/01/2023 11:20 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
198583 DIOGO BARREIRO CRUZ Atend.: 18/01/2023 10:56 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195660 DIOGO CARPES DA SILVA Atend.: 05/01/2023 13:26 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
194882 DOUGLAS DA SILVA DIAS Atend.: 02/01/2023 13:07 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195355 DOUGLAS FREITAS FLOR Atend.: 04/01/2023 09:37 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195919 EDER DA SILVA Atend.: 06/01/2023 13:53 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
198568 EDILEIDE DE SOUZA Atend.: 18/01/2023 10:22 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	2	0,00	0,0000	4,12	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							155,04	
199830 EMILLY SOARES NOVO Atend.: 24/01/2023 11:25 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4295	03.200	70431108	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM	5	0,00	0,0000	26,10	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	5	0,00	0,0000	23,25	AMB
4319	03.200	70430845	ATADURA CREPON 15CM 45MT ORTO	5	0,00	0,0000	33,20	AMB
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	5	0,00	0,0000	43,50	AMB

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	3	0,00	0,0000	6,18	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							279,03	
199556 EMMANUEL ARAUJO LADISLAU Atend.: 23/01/2023 12:02 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4286	03.200	70438609	AGULHA 25X07 DESCARTAVEL	1	0,00	0,0000	0,27	AMB
4296	03.200	70431078	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM	2	0,00	0,0000	11,22	AMB
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	2	0,00	0,0000	17,40	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4430	03.100	92469825	DICLOFENACO SODICO OU VOLTARE	1	0,00	0,0000	1,03	AMB
4564	03.200	71094431	MALHA TUBULAR 08CM ROLO C25 M	15	0,00	0,0000	0,15	AMB
4694	03.200	70080755	SERINGA 03ML DESC LUER SLIP S	1	0,00	0,0000	1,22	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							176,47	
195912 ESTHER HAYANNE LIMA LEE Atend.: 06/01/2023 13:35 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200122 ESTHER HAYANNE LIMA LEE Atend.: 25/01/2023 12:00 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	2	0,00	0,0000	4,12	AMB
4539	03.200	75600102	LAMINA BISTURI N21	1	0,00	0,0000	4,74	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							155,66	
198572 FABIANI TOMAZIA DA ROSA Atend.: 18/01/2023 10:33 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	2	0,00	0,0000	4,12	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							155,04	
197500 FABIANO AGUIAR DA SILVA Atend.: 13/01/2023 13:20 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4295	03.200	70431108	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM	5	0,00	0,0000	26,10	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	5	0,00	0,0000	23,25	AMB

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	5	0,00	0,0000	43,50	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	2	0,00	0,0000	4,12	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							238,59	
196955 FATIMA REGINA DA ROSA Atend.: 11/01/2023 08:53 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195681 FERNANDO CARVALHO Atend.: 05/01/2023 14:30 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199786 FRANCINEIDE SEVERINA SILVA DE LIMA Atend.: 24/01/2023 10:40 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4295	03.200	70431108	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM	6	0,00	0,0000	31,32	AMB
4296	03.200	70431078	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM	5	0,00	0,0000	28,05	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	5	0,00	0,0000	23,25	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							229,42	
195356 GERSON JOSE DA SILVA Atend.: 04/01/2023 09:41 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
196479 GHAEL WILLIAM GOMES DA SILVA Atend.: 09/01/2023 07:53 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199509 HENRIQUE DIAS CARDOSO Atend.: 23/01/2023 10:55 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
198850 HERMINIA ERVIRIA PACHECO Atend.: 19/01/2023 13:50 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199819 ISABEL CRISTINA LANZARIN DE FRAGA Atend.: 24/01/2023 12:25 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4295	03.200	70431108	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM	6	0,00	0,0000	31,32	AMB

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
4297	03.200	70431094	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM	6	0,00	0,0000	36,12	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	6	0,00	0,0000	27,90	AMB
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	5	0,00	0,0000	43,50	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	4	0,00	0,0000	8,24	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							293,88	
196963 IVONETE AMERICO DE SOUZA Atend.: 11/01/2023 09:12 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	5	0,00	0,0000	10,30	AMB
4536	03.200	75600072	LAMINA BISTURI N11	2	0,00	0,0000	8,62	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							160,54	
195358 JADSON FABIANO DOS PASSOS Atend.: 04/01/2023 09:43 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	3	0,00	0,0000	6,18	AMB
4555	03.200	70950601	LUVA ESTERIL N 7.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							157,10	
194893 JAILSON AFONSO Atend.: 02/01/2023 13:20 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
196499 JAQUELINE DOS SANTOS DREHER Atend.: 09/01/2023 09:09 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
197010 JEFERSON BOLZANI PIRES Atend.: 11/01/2023 11:43 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
201123 JEFFERSON HENRIQUE FERREIRA CAMPOS Atend.: 30/01/2023 08:19 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4297	03.200	70431094	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM	5	0,00	0,0000	30,10	AMB
4319	03.200	70430845	ATADURA CREPON 15CM 45MT ORTO	5	0,00	0,0000	33,20	AMB
4326	03.200	79908314	ATADURA GESSADA 15CM	5	0,00	0,0000	55,25	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							265,35	
199539 JENIFFER DOS SANTOS Atend.: 23/01/2023 11:41 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200555 JENIFFER DOS SANTOS Atend.: 27/01/2023 11:25 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
189590 JOAO BATISTA TACIANO Atend.: 18/01/2023 11:11 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4462	03.200		ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	1	0,00	0,0000	24,20	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	1	0,00	0,0000	2,06	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4593	03.200	70837414	MICROPORE 25 MMX10MT	1	0,00	0,0000	0,07	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							177,25	
195901 JOAO CARLOS COELHO DO ROSARIO Atend.: 06/01/2023 13:04 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199834 JOAO ENRICO NUNES BRASIL Atend.: 24/01/2023 13:04 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
198142 JOAO LUCAS TOME Atend.: 16/01/2023 12:42 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195894 KALEBE DE SOUZA Atend.: 06/01/2023 12:38 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200568 KALEBE DE SOUZA Atend.: 27/01/2023 11:50 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
200576 KARINE DE FREITAS Atend.: 27/01/2023 12:00 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00
198131 KAUE MANOEL LOPES Atend.: 16/01/2023 11:43 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4296	03.200	70431078	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM	2	0,00	0,0000	11,22	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	3	0,00	0,0000	13,95	AMB
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	2	0,00	0,0000	17,40	AMB
4326	03.200	79908314	ATADURA GESSADA 15CM	2	0,00	0,0000	22,10	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	4	0,00	0,0000	6,48	AMB
4564	03.200	71094431	MALHA TUBULAR 08CM ROLO C25 M	50	0,00	0,0000	0,50	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								211,65
198836 KELEN FREIRE ANTUNES Atend.: 19/01/2023 12:52 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	PS
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	3	0,00	0,0000	6,18	PS
4538	03.200	75600099	LAMINA BISTURI N15	1	0,00	0,0000	4,31	PS
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	PS
4746	03.100	90281314	SORO FISIOLOGICO A 0,9% 250ML	1	0,00	0,0000	4,32	PS
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	PS
TOTAL CONTA ->								156,43
197449 KEVIN JORGE Atend.: 13/01/2023 10:13 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4320	03.200	70431043	ATADURA CREPON 20CM 45MT ORTO	5	0,00	0,0000	39,20	AMB
4327	03.200	70400156	ATADURA GESSADA 20CM	5	0,00	0,0000	91,80	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	5	0,00	0,0000	10,30	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLOGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								288,10
196996 LAERTE DE SOUSA FELIPE Atend.: 11/01/2023 11:00 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00
201105 LARISSA MORAIS DA SILVA Atend.: 30/01/2023 07:07 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00
197469 LAURA MARIA ALEXANDRE Atend.: 13/01/2023 11:17 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->								70,00

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
195895 LAURA VIEIRA Atend.: 06/01/2023 12:41 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200083 LAURA VIEIRA Atend.: 25/01/2023 10:16 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199572 LEALCINA PACHECO DE SOUZA Atend.: 23/01/2023 12:16 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200090 LEONILDO MACHADO FERREIRA Atend.: 25/01/2023 10:34 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	1	0,00	0,0000	2,06	AMB
4539	03.200	75600102	LAMINA BISTURI N21	1	0,00	0,0000	4,74	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4593	03.200	70837414	MICROPORE 25 MMX10MT	1	0,00	0,0000	0,07	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							153,67	
199858 LUCAS DA SILVA MARIA Atend.: 24/01/2023 13:52 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195366 LUCIENE DIAS SAVI Atend.: 04/01/2023 09:52 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195372 LUIZ FERNANDO AZAMBUJA MONTEIRO Atend.: 04/01/2023 09:58 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200575 LUIZ HENRIQUE SOARES FERNANDES Atend.: 27/01/2023 11:58 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195656 MARCELO HENRIQUE SOUZA KRUG Atend.: 05/01/2023 13:06 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200326 MARCIA JEREMIAS DE SOUZA Atend.: 26/01/2023 10:49 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	6	0,00	0,0000	12,36	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	2	0,00	0,0000	3,24	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							164,90	
198573 MARCIO FERNANDES PEREIRA Atend.: 18/01/2023 10:34 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	2	0,00	0,0000	4,12	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	2	0,00	0,0000	3,24	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							156,66	
197253 MARCUS VINICIUS DE CARVALHO Atend.: 12/01/2023 13:21 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4286	03.200	70438609	AGULHA 25X07 DESCARTAVEL	2	0,00	0,0000	0,54	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4425	03.100	92433413	DEXAMETASONA OU DECADRON 4MGM	1	0,00	0,0000	5,46	AMB
4678	03.100	90185374	ROPIVACAINA 10MGML 20ML	1	0,00	0,0000	49,19	AMB
4694	03.200	70080755	SERINGA 03ML DESC LUER SLIP S	1	0,00	0,0000	1,22	AMB
4698	03.200	75700182	SERINGA 20ML BICO LUER SLIP	1	0,00	0,0000	4,90	AMB
TOTAL CONTA ->							131,31	
198832 MARGIT SONIA DORNELLES Atend.: 19/01/2023 12:33 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	3	0,00	0,0000	6,18	AMB
4538	03.200	75600099	LAMINA BISTURI N15	1	0,00	0,0000	4,31	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							152,11	
200560 MARIA CONCEICAO RODRIGUES LOPES Atend.: 27/01/2023 11:34 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
198575 MARIA EDUARDA RAQUEL Atend.: 18/01/2023 10:36 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	4	0,00	0,0000	8,24	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							159,16	

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
196964 MARIA IZABEL DUTRA DA SILVA FERREIRA Atend.: 11/01/2023 09:22 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4297	03.200	70431094	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM	5	0,00	0,0000	30,10	AMB
4325	03.200	70400121	ATADURA GESSADA 10CM	5	0,00	0,0000	43,50	AMB
4326	03.200	79908314	ATADURA GESSADA 15CM	5	0,00	0,0000	55,25	AMB
4327	03.200	70400156	ATADURA GESSADA 20CM	5	0,00	0,0000	91,80	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	5	0,00	0,0000	10,30	AMB
4536	03.200	75600072	LAMINA BISTURI N11	1	0,00	0,0000	4,31	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLOGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							380,44	
197492 MARIA RICARDO DA SILVA Atend.: 13/01/2023 13:05 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4297	03.200	70431094	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM	5	0,00	0,0000	30,10	AMB
4320	03.200	70431043	ATADURA CREPON 20CM 45MT ORTO	5	0,00	0,0000	39,20	AMB
4327	03.200	70400156	ATADURA GESSADA 20CM	5	0,00	0,0000	91,80	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							231,10	
196974 MARLENE SILVANO Atend.: 11/01/2023 09:49 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199516 MARTINHA DOS ANJOS BERNARDES Atend.: 23/01/2023 11:00 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195896 MAURINA ROSA BITTENCURT Atend.: 06/01/2023 12:43 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
197483 MICAEL VIEIRA MACHADO Atend.: 13/01/2023 11:58 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4296	03.200	70431078	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM	1	0,00	0,0000	5,61	AMB
4326	03.200	79908314	ATADURA GESSADA 15CM	5	0,00	0,0000	55,25	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	5	0,00	0,0000	10,30	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLOGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							217,96	
195913 MIGUEL SCHLICKMANN DOS SANTOS Atend.: 06/01/2023 13:37 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
198829 NAIR MARIA MARCOS Atend.: 19/01/2023 12:24 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	5	0,00	0,0000	10,30	AMB
4538	03.200	75600099	LAMINA BISTURI N15	1	0,00	0,0000	4,31	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							156,23	
196991 NILTON DE SOUZA CARDOSO Atend.: 11/01/2023 10:45 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
196997 NILTON GOMES DE OLIVEIRA Atend.: 11/01/2023 11:01 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
198848 OSMANI MANOEL REIS Atend.: 19/01/2023 13:43 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	3	0,00	0,0000	6,18	AMB
4538	03.200	75600099	LAMINA BISTURI N15	1	0,00	0,0000	4,31	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4744	03.100	90281322	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 1000M	1	0,00	0,0000	6,90	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							159,01	
198585 OSMARI NATALINO DE MATOS Atend.: 18/01/2023 10:59 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195652 OSNIVALDO DE MORAIS RIBEIRO Atend.: 05/01/2023 12:56 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200332 PAULO ARTHUR TAVARES MELLO Atend.: 26/01/2023 11:11 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195376 PETERSON DA SILVA ANDRADE Atend.: 04/01/2023 10:01 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195370 RICARDO BAINHA PACHECO Atend.: 04/01/2023 09:56 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
197490 RICHARD DE ALBUQUERQUE MEDEIROS Atend.: 13/01/2023 12:46 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4326	03.200	79908314	ATADURA GESSADA 15CM	5	0,00	0,0000	55,25	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4593	03.200	70837414	MICROPORE 25 MMX10MT	1	0,00	0,0000	0,07	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							196,94	
196491 ROGER MINERVINA MARCELINO Atend.: 09/01/2023 08:36 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200588 ROGER MINERVINA MARCELINO Atend.: 27/01/2023 13:01 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	1	0,00	0,0000	2,06	AMB
4539	03.200	75600102	LAMINA BISTURI N21	1	0,00	0,0000	4,74	AMB
4553	03.200	70950598	LUVA ESTERIL N 6.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							148,42	
201106 RONALDO APARECIDO VIEIRA Atend.: 30/01/2023 07:09 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
198588 ROSELI DO NASCIMENTO ESPINDOLA Atend.: 18/01/2023 11:05 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	4	0,00	0,0000	8,24	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4593	03.200	70837414	MICROPORE 25 MMX10MT	1	0,00	0,0000	0,07	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							164,41	
195659 ROSIMERE BORGES MANOEL GARCIA Atend.: 05/01/2023 13:19 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200357 RUBENVALDO AMORIM Atend.: 26/01/2023 13:18 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4286	03.200	70438609	AGULHA 25X07 DESCARTAVEL	1	0,00	0,0000	0,27	AMB
4288	03.200	70438625	AGULHA 40X12 DESCARTAVEL	1	0,00	0,0000	0,19	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
4425	03.100	92433413	DEXAMETASONA OU DECADRON 4MGM	1	0,00	0,0000	5,46	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	2	0,00	0,0000	3,24	AMB
4695	03.200	77825926	SERINGA 05ML DESC LUER SLIP S	1	0,00	0,0000	0,93	AMB
4696	03.200	79914195	SERINGA 10ML DESC LUER SLIP S	1	0,00	0,0000	2,00	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							161,39	
199822 SERGIO SOUZA DE CARVALHO Atend.: 24/01/2023 12:35 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199550 SHIRLEY GIOMBELLI LIBERATO Atend.: 23/01/2023 11:54 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
196468 SUELI TEREZINHA RODRIGUES Atend.: 09/01/2023 07:05 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
197296 TEREZA TEIXEIRA DOS SANTOS Atend.: 12/01/2023 16:06 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
199828 TEREZA TEIXEIRA DOS SANTOS Atend.: 24/01/2023 12:52 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
197256 VALDELI MARTINS Atend.: 12/01/2023 13:35 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200564 VALDINEI DA SILVA Atend.: 27/01/2023 11:44 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
197257 VALDINEI DOS PASSOS MATHIAS Atend.: 12/01/2023 13:38 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195662 VANILZA DA SILVEIRA DE SOUZA Atend.: 05/01/2023 13:28 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
198104 VERA LUCIA DOS SANTOS ROSA Atend.: 16/01/2023 10:43 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
195921 VICTOR CARDOSO BUSS Atend.: 06/01/2023 14:00 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
196476 VOLNEI SILVEIRA Atend.: 09/01/2023 07:49 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200100 VOLNEI SILVEIRA Atend.: 25/01/2023 10:48 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	1	0,00	0,0000	2,06	AMB
4539	03.200	75600102	LAMINA BISTURI N21	1	0,00	0,0000	4,74	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLOGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							153,60	
199545 WANDERSON LUIZ SOUZA DA ROSA Atend.: 23/01/2023 11:47 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
198584 WILLIAM VIEIRA Atend.: 18/01/2023 10:58 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	4	0,00	0,0000	8,24	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLOGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							164,34	
195891 WILMAR WARMLING Atend.: 06/01/2023 12:29 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
200093 WILMAR WARMLING Atend.: 25/01/2023 10:36 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	1	0,00	0,0000	2,06	AMB
4539	03.200	75600102	LAMINA BISTURI N21	1	0,00	0,0000	4,74	AMB
4555	03.200	70950601	LUVA ESTERIL N 7.5 CIRURGICA	1	0,00	0,0000	1,62	AMB

FATURAMENTO DESCRITIVO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: 01/01/2023 A 31/01/2023 Data Impressão: 27/04/2023 09:31

Profissional: HOSPITAL SAO CAMILO

Red.	Grupo	Código	Descrição	Quantidade	CHs	Filme	Vlr. Total	Setor
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							153,60	
200334 WIVIANE WERNECK DE REZENDE MAIA Atend.: 26/01/2023 11:18 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4286	03.200	70438609	AGULHA 25X07 DESCARTAVEL	1	0,00	0,0000	0,27	AMB
4288	03.200	70438625	AGULHA 40X12 DESCARTAVEL	1	0,00	0,0000	0,19	AMB
4318	03.200	70431574	ATADURA CREPON 10CM 45MT ORTO	2	0,00	0,0000	9,30	AMB
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
4498	03.200	70614415	GAZE COMPRESSA ESTERIL 75X75C	4	0,00	0,0000	8,24	AMB
4554	03.200	70950580	LUVA ESTERIL N 7.0 CIRURGICA	2	0,00	0,0000	3,24	AMB
4695	03.200	77825926	SERINGA 05ML DESC LUER SLIP S	2	0,00	0,0000	1,86	AMB
4696	03.200	79914195	SERINGA 10ML DESC LUER SLIP S	1	0,00	0,0000	2,00	AMB
4745	03.100	90281497	SORO FISIOLÓGICO A 0,9% 100ML	1	0,00	0,0000	5,18	AMB
5105	02.001		TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							170,28	
195338 YOCHANAN KALEB SILVA PEREIRA DOS SANTOS Atend.: 04/01/2023 08:57 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
197263 ZULMA IRACI DA SILVA Atend.: 12/01/2023 13:55 Guia: Conv.: FUNDO MUNICIPAL								
4	06.001	10101039	ATENDIMENTO NORMAL	1	0,00	0,0000	70,00	AMB
TOTAL CONTA ->							70,00	
TOTAL CONVÊNIO FUNDO MUNICIPAL ->							13.766,70	
TOTAL FILME CONVÊNIO FUNDO MUNICIPAL ->							0,00	
TOTAL GERAL ->							13.766,70	
TOTAL A REPASSAR ->							13.766,70	
* TOTAL A RECEBER DIRETO DO CONVÊNIO ->							0,00	



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **CAMILLA LEONARDO RANGEL**

CPF: **141.659.167-22**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 32757 - 3**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 1.909,89**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Alô Bradesco 0800 704 8383 Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099 Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Demais telefones consulte o site Fale Conosco

Ouvidoria 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **AMANDA DA SILVA RISSON**

CPF: **032.550.360-54**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 26665 - 5**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 7,13**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.

Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **DORACILDA DE MELLO LEOPOLDO**

CPF: **578.544.409-72**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 26692 - 2**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 78,52**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.

Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **ISADORA SABRINA LUZ DOS SANTOS**

CPF: **033.105.220-24**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 32760 - 3**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 1.812,95**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.

Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria

0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **LUCIANE PEREIRA TAVARES**

CPF: **029.904.149-24**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 18498 - 5**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 2.732,88**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.

Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **LUCIANA CAMILO MACHADO**

CPF: **788.907.139-68**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 26796 - 1**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 4.283,54**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.

Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **MICHELE DE OLIVEIRA**

CPF: **807.657.690-34**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 32981 - 9**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 1.870,98**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.

Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria

0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**
Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **NAIASCA DE AGUIAR NUNES**

CPF: **067.685.779-56**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 17763 - 6**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 2.480,56**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Alô Bradesco **0800 704 8383** Deficiente Auditivo ou de Fala **0800 722 0099** Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Demais telefones consulte o site Fale Conosco

Ouvidoria **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**
Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **ROSILDA DOS PASSOS FELIPE THIESE**

CPF: **025.283.689-84**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 28791 - 1**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 2.737,55**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.

Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **PATRICIA MORAES DA SILVA**

CPF: **017.525.349-80**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 26620 - 5**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 3.338,57**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.

Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **PATRICIA MORAES DA SILVA**

CPF: **017.525.349-80**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 26620 - 5**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 3.338,57**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Demais telefones consulte o site Fale Conosco

Ouvidoria **0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

Colaborador/Coren	Função:	Horário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Evilane Duarte Mendes - 714924	Enfermeira	07:00/19:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
Fernanda C. Laureano – 425991	Enfermeira	07:00/19:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
Cristiane de C. Oliveira – 1481015	Téc.Enf	07:00/19:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
Luciana Damasceno Jacinto - 637284	Téc.Enf	07:00/19:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
TE em Processo Admissional	Téc.Enf	10:00/22:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
Carlos Eduardo da Silva - 200647	Enfermeiro	19:00-07:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
Julia Graciela S. de Moraes 540535	Enfermeira	19:00-07:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
Elder dos Reis Martins Coren 291156	Téc.Enf	19:00-07:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
Helder de Souza S - 0637214	Téc.Enf	19:00-07:00	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
Amanda Aparecida Silva - 711542	Enfermeira	07:00/19:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
Vítor Farias de Medeiros - 646979	Enfermeiro	07:00/19:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
Amanda Teixeira da Silva - 156553	Téc.Enf.	07:00/19:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
Ivanilma Machado - 1043106	Tec. Enf	10:00/22:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
Selma Gonçalves Pires - 656277	Tec. Enf	07:00/19:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
Charles Barbosa Salazar – 642815	Enfermeiro	19:00-07:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
Edvan Nunes dos Santos - 263955	Enfermeiro	19:00-07:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
Cristiane Monteiro Bergamin - 106011	Tec. Enf	19:00-07:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
Fabiana I. de Andrade –Coren1056894	Tec. Enf	19:00-07:00		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P

Márcio Kist Parciarello-274931 Gerente de Enfermagem Segunda à quinta-feira 08:00-12:00 - 13:00 às 18:00 e Sexta-feira 08:00-12:00 - 13:00 às 17:00

Feriado: 01 de janeiro - Ano Novo

LEGENDA: P: Plantão; F: Folga; FR: Férias; AT: Atestado; LM: Licença Maternidade MP: Meio Período X: Troca de setor



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**
Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **CRISTIANE DE CASSIA OLIVEIRA**

CPF: **018.835.910-90**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 26787 - 2**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 1.866,29**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente	Alô Bradesco 0800 704 8383	Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099	Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.	Demais telefones consulte o site Faça Conosco
Ouvidoria	0800 727 9933	Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.		



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**
Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **IVANILMA RODRIGUES COELHO**

CPF: **010.596.806-45**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 27542 - 5**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 1.993,24**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente	Alô Bradesco 0800 704 8383	Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099	Cancelamentos, Redações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.	Demais telefones consulte o site Faça Conosco
Ouvidoria	0800 727 9933	Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.		



Comprovante de Transação Bancária

Pagamento de Folha
Data da operação: 03/02/2023
Nº de controle: 304.638.054.406.584.816

Conta de débito: **Agência: 344 | Conta: 15973 - 5 | Tipo: Conta Corrente**

Empresa: **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO | CNPJ: 060.975.737/0092-99**

Favorecido: **AMANDA TEIXEIRA DA SILVA**

CPF: **103.461.389-81**

Conta de crédito: **Agência: 352 | Conta: 18217 - 6**

Data do crédito: **03/02/2023**

Valor: **R\$ 1.867,15**

Finalidade: **1 - PAGAMENTO DE SALARIOS**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente	Alô Bradesco 0800 704 8383	Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099	Cancelamentos, Redações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.	Demais telefones consulte o site Fale Conosco
Ouvidoria	0800 727 9933	Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.		

0002-SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAVALO		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAVALO - Inscric. de -84		01/2022		Mensal		
CNPJ 60.975.727/0002-99						
Cadastro	Nome do Funcionario	CBO	Empresa	Local	Departamento	LI
1459	CRISTIANE DE CASSIA OLIVEIRA TECNICO ENFERMAGEM	322205			005.002	01
		Data Admissao:		01/09/2020		
IV	Descricao	Velegoria	Proventos	Descontos		
1	Horas Normais Diurnas	80,00 hrs	1.758,90			
62	Incapacidade S Salario Minimo	0,00%	286,40			
300	DSR S Adicional Noturno	0,002 hrs	1,63			
504	Horas Reduzidas 52/30	1,60%	1,94			
749	Adicional Noturno 1 hr. Inf	002,39 hrs	7,43			
950	INSS	0,00%		163,11		
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agencia: 1408-7 Conta: 33366-2		Total		2.029,40		163,11
		Total Líquido		1.866,29		
Salario Base	Sal Cont INSS	Bas Calc FGTS	Bas Calc FGTS	Bas Calc IRRF	Faixa	Dep
1.758,90	2.029,40	2.029,40	162,10	1.866,29	0,00	01
Recebi em:	Assinatura:					

0002-SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - Itaipava - SC		09/2023		Mensal		
CNPJ 60.975.737/0092-99		CBO	Empresa	Local	Departamento	UF
Cadastro	Nome do Funcionario	322205	5	-	005.002	11
1278	IVANILMA RODRIGUES COLLETO	Data Admissão		01/08/2018		
	TECNICO FARMACIA					
IV	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1	Horas Normas Diurnas	126,50 hrs	1.239,37			
2	Horas Normas Noturnas	053,10 hrs	519,53			
62	Insalubridade S. Salarial Mínimo	20,00%	269,40			
300	DSR S. Adicional Noturno	000,02 hrs	24,13			
804	Horas Reduzidas 53,30	13,99%	15,40			
749	Adicional Noturno Hrs. Inf.	039,15 hrs	110,08			
950	INSS	9,00%		175,67		
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agência: 1408-77 Conta: 33630-0		Total	2.168,91	175,67		
		Total Líquido	1.993,24			
Salário Base	Salário INSS	Base Calc FGTS	FGTS Mês	Base Calc IRRF	Taxa	Dep
1.788,90	2.168,91	2.168,91	173,52	1.993,24	7,50	00
Recebi em	Assinatura					


0002-SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - Inscrição nº 80		01/01/2017		Mensal		
CNPJ: 60.975.737/0002-99						
Cadastro: 1428	Nome do Funcionário: AMANDA HELENA DA SILVA	C.B.O.T. Empresa: 322205	Local: 2	Departamento: 008.002	11/01	
FUNÇÃO: ENFERMEIRA		Data Admissão: 21/08/2010				
Ev.	Descrição	Referência	Previdente	Descontos		
1	Horas Normais Diurnas	174,00 hrs	1.700,27			
19	Horas Lic. Médica Diurnas	0,00 hrs	58,65			
62	Invalidez - Salário Máximo	0,00 hrs	260,40			
300	DSR S. Adicional Noturno	0,00 hrs	1,78			
504	Horas Reduzidas S. 2/30	13,99 hrs	1,14			
749	Adicional Noturno Bis. Int.	002,54 hrs	8,13			
950	INSS	0,00%		163,20		
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agência: 1408-7 - Conta: 33362-X			Totais	2.030,37	163,20	
			Totais Líquido		1.867,15	
Salário Base	Sal. Cont. INSS	Bas. Calc. FGTS	FGTS Mens	Bas. Calc. IRRF	Imp. Dep	
1.788,90	240,47	2030,35	40,24	1.867,15	0,00	
Recebrem: 23/01/2017 Assinatura: <i>[Assinatura]</i>						

Colaborador/Coren	Função:	Horário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
Enfermeira em Processo Admissional	Enfermeira	07:00-19:00	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P					
Camilla Polachini - 1834019	Tec. Enf.	07:00-19:00	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
Michele de Oliveira - 1762373	Tec. Enf.	07:00-19:00	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
Enfermeira em Processo Admissional	Enfermeira	19:00-07:00	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
Rosilda P. F. Thiesen – Coren 1303612	Tec. Enf.	19:00-07:00	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
Luciane Pereira Tavares - 183430	Tec. Enf.	19:00-07:00	P		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
Patricia Moraes - 83645	Enfermeira	07:00-19:00		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
Amanda da Silva Risson - 1641393	Tec. Enf.	07:00-19:00		FR																																		
Isadora Sabrina Luz dos Santos - 130453	Tec. Enf.	07:00-19:00		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
TE em Processo Admissional	Tec. Enf.	07:00-19:00		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
Luciana Camilo Machado -- 165219	Enfermeira	19:00-07:00		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
Doracilda M Leopoldo – Coren 510666	Tec. Enf.	19:00-07:00		FR																																		
Gesilane de Moraes C.M. – 213298	Tec. Enf.	19:00-07:00		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
Naiasca de Aguiar - 1657784	Tec. Enf.	19:00-07:00		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Márcio Kist Parcianello-274931 Gerente de Enfermagem Segunda à quinta-feira 08:00-12:00 - 13:00 às 18:00 e Sexta-feira 08:00-12:00 - 13:00 às 17:00

Feriado: 01 de janeiro - Ano Novo

LEGENDA: P: Plantão; F: Folga; FR: Férias; AT: Atestado; LM: Licença Maternidade MP: Meio Período X : Troca de setor

6092-SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO - Inhabitua - SC		01/2023		Mensal	
CNPJ	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento
60.975.737/0092-99	AMANDA DA SILVA RISSON	322205			005.002
1543	TI CNICO ENFERMAGEM				01
				11042021	
IA	Descrição	Referencia	Proventos	Descontos	
300	DSR S Adicional Noturno	000,02 hs	0,27		
358	Horas Férias Diurnas	180,00 hs	1.758,90		
360	Med.Hrs.FxLS Férias Diurnas	0,00 19 hs	61,72		
362	Med.Hrs.FxLS Férias Noturnas	0,00 28 hs	24,10		
364	Med.Fve Variáveis Férias	180,00 hs	0,99		
366	Insal.S. Sal.Min.Férias	180,00 hs	219,49		
386	1.3 Sobre Férias	33,33 %	688,40		
504	Horas Reduzidas 5,230	33,99 %	0,17		
710	Devolução INSS Mês		5,47		
749	Adicional Noturno Hrs. Inf	0,00 30 hs	1,22		
890	Desconto Adiantamento Férias			2.468,41	
922	IRRF - S Férias	7,50 %		45,76	
952	INSS S Férias	12,00 %		239,43	
Total			2.760,73	2.753,60	
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agência: 1408-7 Conta: 34028-6					
Total Líquido		7,13			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Calc FGTS	Bas Calc IRRF	Faixa	Dep
1.758,90	2.755,36	2.755,26	2.515,83	7,50	00
		229,42			
Recebi em: 03 de 13		Assinatura: 			

0002-SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILLO		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILLO - Imbituba - SC		01/2023		Mensal	
CNPJ 60.975.737-06/92-09					
Cadastro	Nome do Funcionario	CBO	Empresa	Local	Departamento
1682	CAMILLO LIONARDO RANGEL POLACHINI	322205		2	005,002
TECNICO ENFERMAGEM		Data Admissão: 05/09/2022			
EX	Descrição	Referencia	Proventos	Descontos	
1	Horas Normais Diurnas	180,00 hs	1.758,90		
62	Insalubridade S. Salário Mínimo	20,00 %	260,40		
300	DSR S. Adicional Noturno	000,02 hs	9,36		
504	Horas Reduzidas 52,30	13,09 %	5,97		
749	Adicional Noturno Hrs. Inf	015,13 hs	42,68		
950	INSS	9,90 %		167,42	
Total			2.077,31	167,42	
Total Liquidado			1.909,89		
Salário Base	SalCont INSS	Bas Calc FGTS	Bas Calc FGTS	Bas Calc IRRF	Dep
1.758,90	2.077,31	2.077,31	166,16	1.909,89	01
Recebi em: 03/04/23		Assinatura: Camilla L.R. Polachini			

0002-SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMBLO		Demonstrativo de Pagamento de Salario				
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMBLO - Itabagana - SC		01/2023 Mensal				
CNPJ: 60.975.737/0092-99		Data Admissao: 01/05/1999				
Cadastro	Nome do Funcionario	CBO	Emprego			
131	DORACILEIDE MELLO FOPPELDO	322205	Local			
TECNICO EM FARMACIA		Data Admissao: 01/05/1999				
Fv	Descrição	Referencia	Proventos	Descontos		
300	DSR S. Adicional Noturno	00002 hs	12,85			
359	Horas Férias Noturnas	180000 hs	1.758,90			
360	Med 1/3 Sobre Férias Diurnas		5,68			
362	Med 1/3 Sobre Férias Noturnas		547,71			
364	Med 1/3 Sobre Férias	180000 hs	112,45			
366	Insa S Sal Min Férias	180000 hs	205,35			
382	Quinquenio S Férias	1500000	263,83			
386	1/3 Sobre Férias	333333	964,64			
504	Horas Reduzidas 52:30	139900	8,20			
749	Adicional Noturno 1/3 inf	024000 hs	58,03			
890	Desconto Adiantamento Férias			3.314,66		
922	IRRF S Férias	1500000		167,53		
950	INSS	1400000		1,16		
952	INSS S Férias	1400000		376,37		
Total			3.938,24	3.859,72		
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agência: 1408-7 Conta: 33851-6						
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Calc FGTS	Bas Calc IRRF	Faixa	Dep
1.758,90		3.938,24	3.938,24	3.560,71	15,00	00
		Total Liquido		78,52		
		FGTS Mes		315,06		
		Bas Calc IRRF		3.560,71		


Recebi em: 03/02/23 Assinatura: *Doracilde Mello Foppeledo*

0002-SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		Demonstrativo de Pagamento de Salario	
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - Imbituba - SC		01/2023 Mensal	
CNPJ	Nome do Funcionario	CBO	Departamento
60.975.737/092-99	ISADORA S. ABRIN ALUZZ DOS SANTOS	32205	005.002
1689	TECNICO ENFERMAGEM		01
		Data Admissao	
		14/09/2022	
EX	Descrição	Referencia	Proventos
1	Horas Normais Diurnas	180,00 hrs	1.758,90
62	Insalubridade S. Salario Minimo	20,00%	260,40
300	DSR S. Adicional Noturno	90,002 hrs	2,10
504	Horas Reduzidas 52,30	13,99%	1,34
749	Adicional Noturno Hrs. Inf	003,35 hrs	9,58
816	Vale Transporte (9%)	9,00%	56,00
950	INSS		163,37
		TOTAL	2.032,32
		TOTAL Liquidado	2.192,95
Salario Base	Sal Cont INSS	Bas Calc FGTS	Bas Calc IRRF
1.758,90	2.032,32	2.032,32	1.868,95
		FGTS Mes	FGTS Dep
		162,58	0,00
			01
Recebi em: 02/01/2023 Assinatura: <i>Isadora Sabrina Luiz dos Santos</i>			

0002-SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO			Demonstrativo de Pagamento de Salário		
SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO - Imbituba - SC			01/2023 Mensal		
CNPJ	60.975.737/0092-99	CBO	Empresa	Local	Departamento
Cadastro	Nome do Funcionário	322205	2	2	005.002
146	LUCIANE PEREIRA FAVARIS	Data Admissao: 01/06/2004			
TECNICO ENFERMAGEM		Referencia	Proventos	Descontos	
Fv	Descrição				
2	Horas Normais Noturnas	180,00 Hs	1.758,90		
62	Insalubridade S Salario Minimo	3,0000%	260,40		
78	Quinquenio	15,0000%	263,83		
300	DSR S Adicional Noturno	00,902 Hs	124,43		
504	Horas Reduzidas 52,50	17,9900%	79,41		
749	Adicional Noturno Hrs. Inf	170,00 Hs	567,61		
920	IRRF	- 50,00%	51,83		
950	INSS	12,0000%	269,87		
			Total	3.054,58	321,70
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agencia: 1408-7 Conta: 33468-5					
			Total Líquido		2.732,88
Salário Base	1.758,90	Sal Cont INSS	3.054,58	Bas Calc IRRF	2.784,71
		Bas Calc FGTS	344,36	Bas Calc IRRF	7,50
		Bas Calc FGTS	244,36	Bas Calc IRRF	7,50
		Bas Calc FGTS	244,36	Bas Calc IRRF	7,50
Recebi em: 31/10/23 Assinatura: Luciane Pereira Favaris					

0002-SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		Declarativo de Pagamento de Salário		
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - Indústria - SC		01/2023 Mensal		
CNPJ: 60.975.737/0092-99		Data Admissão: 02/07/2014		
Cadastro		Departamento		
Nome do Funcionário		F.L.		
LUCIANA CAMILO MACHADO		005.001 01		
ENFERMEIRO		Data Admissão: 02/07/2014		
EX	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
2	Horas Normais Noturnas	180:00 hs	3.566,02	
62	Insalubridade S Salário Mínimo	30,00 %	260,40	
78	Quinquênio	5,00 %	178,30	
300	DSR S Adicional Noturno	100:02 hs	204,68	
504	Horas Reduzidas 52:30	33,99 %	1.306,2	
749	Adicional Noturno Hrs. Inf	167:52 hs	933,69	
920	IRRF	37:50 %		425,68
950	INSS	14,00 %		564,49
Total			5.273,71	990,17
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agência: 1408-7 Conta: 3366140				
Total Equido		4.283,54		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Calc FGTS	Bas Calc IRRF	Faixa Dep
3.566,02	5.273,71	5.273,71	4.709,22	27,50 00
Recebi em: 02/08/2023		Assinatura: <i>Luciana Camilo Machado</i>		

0002-SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - Indústrias - SC		01/2023		Mensal		
CNPJ 60.973.737/0002-09		Data Admissão: 21/09/2022				
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	Fl.
1692	MICHELE DE OLIVEIRA	322205		2	005.002	01
		Data Admissão:		Descontos		
Ev	Descrição	Referência	Proventos			
1	Horas Normais Diurnas	180,00 Hs	1.758,90			
62	Insalubridade S Salário Mínimo	-0,00 ⁰⁰	260,40			
300	DSR S Adicional Noturno	900,02 Hs	2,46			
504	Horas Reduzidas 52,30	33,60 ⁰⁰	1,57			
749	Adicional Noturno Hrs. Inf	0,04 ⁰⁰ Hs	11,22			
950	INSS	0,00 ⁰⁰	163,57			
Total			2.034,55	163,57		
Total Líquido				1.870,98		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cate FGPS	Bas Cate RRFF	Bas Cate RRFF	Faixa	Dep
1.758,90	2.034,55	2.034,55	162,76	1.870,98	0,00	02
Recebi em: 02/10/23		Assinatura: M.C. RIBEIRO				

0002-SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO - Imbituba - SC		01/2023		Mensal		
CNPJ 60.975.737/0092-99		Data Admissão: 09/07/2021				
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresari	Local	Departamento	Fl
1568	NATASCA DE AGUIAR NUNES	322205	2	2	005.002	01
TECNICO ENFERMAGEM		Data Admissão: 09/07/2021				
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
2	Horas Normais Noturnas	180,00 hs	1.758,90			
62	Insalubridade S Salário Mínimo	20,00 %	260,40			
300	DSR S Adicional Noturno	000,02 hs	114,17			
504	Horas Reduzidas 52:30	13,99 %	72,86			
749	Adicional Noturno Hrs. Inf	185,42 hs	520,81			
920	IRRF	7,50 %		16,00		
950	INSS	12,00 %		230,58		
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agência: 1408-7 Conta: 33130-9		Total	2.727,14			246,58
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Calc FGTS	Bas Calc IRRF	Faixa	Dep
1.758,90	2.727,14	2.727,14	218,17	2.496,56	7,50	02
Total Líquido		2.480,56				
Recebi em: 2/2/23 Assinatura: 						

0002-SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO - Inbitirara - SC		01/2023 Mensal			
CNPJ 60.975.737/0092-99					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa		
163	ROSILDA DOS PASSOS FILIPPE I IIII S/LN	322205	2		
	HECNICO ENFERMAGEM				
		Data Admissao:	01/12/2003		
Fa	Descrição	Referencia	Proventos	Descontos	
2	Horas Normais Noturnas	180,00 hs	1.758,90		
62	Insalubridade S Salario Minimo	20,00 %	260,40		
78	Quinquenio	15,00 %	263,83		
300	DSR S Adicional Noturno	000,02 hs	124,91		
504	Horas Reduzidas 52,30	15,99 %	79,72		
749	Adicional Noturno Hrs. Int	19,42 hs	569,83		
862	Mensalidade Sindical			12,00	
920	IRRF	7,50 %		37,81	
950	INSS	12,00 %		270,23	
Banco: 001 Banco do Brasil S.A - Agência: 1408-7 Conta: 33478-2			Total	3.057,59	320,04
Salário Base			Total Liquidado		2.737,55
1.758,90	Sal Cont INSS	Bas Calc FGTS	FGTS Mês	Bas Calc IRRF	Faixa Dep
	3.057,59	3.057,59	244,61	2.787,36	7,50 02
Recebi em: 03.02.2023 Assinatura: Rosilda dos Passos Filippe					

0002-SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO Imbituba - SC		01/2023		Mensal	
CNPJ 60.975.737/0092-99		CBO 223505		Data Admissão: 02/10/2021	
Nome do Funcionário		Empresa		Local	
1582 PATRICIA MORAES DA SILVA		2		2	
ENFERMEIRO		Departamento		FL	
		005.001		01	
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos	
2	Horas Normais Noturnas	180:00 hs	3.566,02		
62	Insalubridade S:Salário Mínimo	20,00 %	260,40		
300	DSR S:/Adicional Noturno	000:02 hs	2,37		
504	Horas Reduzidas 52:30	13,99 %	1,51		
749	Adicional Noturno Hrs. Inf	002:02 hs	10,81		
920	IRRF	15,00 %		138,29	
950	INSS	12,00 %		364,25	
Total			3.841,11	502,54	
Total Líquido			3.338,57		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Calc FGTS	Bas Calc IRRF	Faixa	Dep
3.566,02	3.841,11	3.841,11	3.476,86	15,00	01
Recebi em: 3/2/23		Assinatura: <i>Patrícia Moraes da Silva</i>			

Banco: 001 Banco do Brasil S/A - Agência: 1408-7 Conta: 34897-X