



## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros             |
| <b>Conta origem:</b>   | 1920 / 003 / 00000228-2        |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente            |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                       |
| <b>Nome:</b>           | ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 09.528.436/0001-22             |

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Banco:</b>                     | 748 - SICREDI 0000000 - 01181521     |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                  |
| <b>Conta destino:</b>             | 3022 / 00000036797-4                 |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                             |
| <b>Nome:</b>                      | ORTEGA E REINA SERVICOS MEDICOS LTDA |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 24.941.269/0001-30                   |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 39.451,60                        |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 10,00                            |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                |
| <b>Identificação da operação:</b> | 61 E 60                              |
| <b>Histórico:</b>                 |                                      |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 25/08/2020          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 25/08/2020 10:29:11 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00163034         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 2FXEP0FT6MRM6ER6 |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

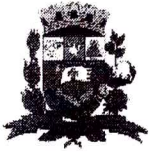
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

25108

R\$ 39.454,60



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Serie  
**000000000061-1**  
 Autenticidade  
**FBW4-R4WH**  
 Data de Emissão  
**21/08/2020**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ORTEGA & REINA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 24.941.269/0001-30 **IM:** 80774 **IE:** **Fone:**  
**End:** : CARLOS BOTELHO R,703 SALA 02- CEP: 17515240  
**Município:** MARILIA **UF:** SP **E-mail:** DANIELAORTEGA@IG.COM.BR

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO  
**CPF/CNPJ:** 09.528.436/0001-22 **IM:** 41076 **IE:** **Fone:** 1421054500  
**Endereço:** : PROSPERO CECILIO COIMBRA DR R,80 SAO GABRIEL,JD - CEP: 17525160  
**Município:** MARILIA **Pais:** **UF:** SP **E-mail:** contabilidade@abhu.com.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS REF. AO PERÍODO DE 01/07/2020 A 31/07/2020.

REPASSE Nº: 15878.

PAGAMENTO REFERENTE A CONTRATO ENFERMARIA COVID.

DR. FABIO TADEU RODRIGUES REINA:

- PLANTÃO ENFERMARIA COVID 07\_2020 - 168 HS. X R\$100,00 = R\$ 16.800,00.

DRA. DANIELA ORTEGA BALBO RODRIGUES REINA:

- PLANTÃO ENFERMARIA COVID 07\_2020 - 36 HS. X R\$ 100,00 = R\$ 3.600,00.

VALOR APROX. DOS TRIBUTOS: R\$2.743,80 (13,45% FEDERAL), R\$0,00 (ESTADUAL), R\$408,00 (2,00% MUNICIPAL), CFE. FONTE IBPT.



COMPARECIDA  
 INTER NUNCO

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.marilia.sp.gov.br>

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
 R\$ 3.151,80 - Aliq: 15,45%

Situação de Tributação  
 Tributada no Tomador - Substituto Tributário

Código do Serviço  
 401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| I.N.S.S. (R\$)  | I.RENDA (R\$)         | PIS (R\$)    | COFINS (R\$)       | CSLL (R\$)                |
|---|-----------------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| 0,00  | 0,00                  | 0,00         | 0,00               | 0,00                      |
| Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Tomador e não implicam na base de cálculo |                       |              |                    |                           |
| Deduções de Materiais   | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00  | 20.400,00             | 3,1625%      | 645,15             | 20.400,00                 |
| <b>VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 19.754,85</b>  |                       |              |                    |                           |



# Relatório de Repasses - Sintético



**Prestador:** ORTEGA & REINA SERVICOS MEDICOS LTDA

**Faturamento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020

**Recebimento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020

**Previsão Pagamento:** 25/08/2020

**Observação:**

Repass

**15878**

| Código           | Descrição do Lançamento                                  | Tipo Lanç. | Desc. Lançamento | Valor            |
|------------------|--|------------|------------------|------------------|
| 9999             | PLANTAO ENFERMARIA COVID 07_2020 - 168 H X 100,00 FABIO  | 3          | LANC_MANUAL      | 16.800,00        |
| 9999             | PLANTAO ENFERMARIA COVID 07_2020 - 36 H X 100,00 DANIELA | 3          | LANC_MANUAL      | 3.600,00         |
| <b>Sub-Total</b> |  |            |                  | <b>20.400,00</b> |

Declaro haver recebido o valor citado acima  
Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

| Centro Custo        | Nome Centro Custo | Valor            | % Valor        | Receitas  | Despesas | Total Liq. |
|---------------------|-------------------|------------------|----------------|-----------|----------|------------|
| 142209              | SETOR ROXO        | 20.400,00        | 100,00%        | 20.400,00 | 0,00     | 20.400,00  |
| <b>Valor Total:</b> |                   | <b>20.400,00</b> | <b>100,00%</b> |           |          |            |

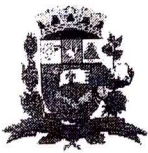
Resumo por Centro de Custo:

| Centro Custo | Nome Centro Custo | Valor     | % Valor |
|--------------|-------------------|-----------|---------|
| 142209       | SETOR ROXO        | 20.400,00 | 100,00% |

Valor Total: 20.400,00 100,00%

*[Assinatura]*  
Carla M. Varjão Nascimento  
RG 54.10.614.66-5  
Assessora ABHU

05108 Sicredi 3022 36791-4



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Serie  
**000000000060 - 1**  
Autenticidade  
**448S-GR2M**  
Data de Emissão  
**21/08/2020**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ORTEGA & REINA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**CPF/CNPJ:** 24.941.269/0001-30 **IM:** 80774 **IE:** **Fone:**  
**End:** : CARLOS BOTELHO R,703 SALA 02- CEP: 17515240  
**Município:** MARILIA **UF:** SP **E-mail:** DANIELAORTEGA@IG.COM.BR

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO  
**CPF/CNPJ:** 09.528.436/0001-22 **IM:** 41076 **IE:** **Fone:** 1421054500  
**Endereço:** : PROSPERO CECILIO COIMBRA DR R,80 SAO GABRIEL,JD - CEP: 17525160  
**Município:** MARILIA **Pais:** **UF:** SP **E-mail:** contabilidade@abhu.com.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS REF. AO PERÍODO DE 01/07/2020 A 31/07/2020.

REPASSE Nº: 15798.

PAGAMENTO REFERENTE A CONTRATO UTI COVID.

DR. FABIO TADEU RODRIGUES REINA:

- PLANTÃO TITULADO 07\_2020 - UTI-COVID - 24 HS. X R\$100,00 = R\$ 2.400,00

DRA. DANIELA ORTEGA BALBO RODRIGUES REINA:

- PLANTÃO DIURNO 07\_2020 - UTI-COVID - 138 HS. X R\$130,00 = R\$ 17.940,00.

VALOR APROX. DOS TRIBUTOS: R\$2.735,73 (13,45% FEDERAL), R\$0,00 (ESTADUAL), R\$406,80 (2,00% MUNICIPAL), CFE. FONTE IBPT.

*Nota Fiscal*

CONFORME CONTRATO  
Data 24/08/2020  
*[Assinatura]*  
ASSINATURA

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.marilia.sp.gov.br>

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 3.142,53 - Aliq: 15,45%

Situação de Tributação  
Tributada no Tomador - Substituto Tributário

Código do Serviço  
401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

|   |                       |              |                    |                           |
|---|-----------------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| I.N.S.S. (R\$)  | I.RENDA (R\$)         | PIS (R\$)    | COFINS (R\$)       | CSLL (R\$)                |
| 0,00  | 0,00                  | 0,00         | 0,00               | 0,00                      |
| Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Tomador e não implicam na base de cálculo |                       |              |                    |                           |
| Deduções de Materiais   | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00  | 20.340,00             | 3,1625%      | 643,25             | 20.340,00                 |
| <b>VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 19.696,75</b>  |                       |              |                    |                           |





# Relatório de Repasses - Sintético

**Prestador:** ORTEGA & REINA SERVICOS MEDICOS LTDA  
**Faturamento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020  
**Recebimento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020  
**Previsão Pagamento:** 25/08/2020  
**Observação:**

Repasses

## 15798

| Código           | Descrição do Lançamento                                      | Tipo Lanç. | Desc. Lançamento | Valor            |
|------------------|--|------------|------------------|------------------|
| 9999             | PLANTAO DIURNO 07_2020 - UTI COVID - 138 HORAS X 130,00      | 3          | LANC_MANUAL      | 17.940,00        |
| 9999             | PLANTAO TITULADO 07_2020 - UTI COVID - 24 H X 100,00 - FABIO | 3          | LANC_MANUAL      | 2.400,00         |
| <b>Sub-Total</b> |  |            |                  | <b>20.340,00</b> |

Declaro haver recebido o valor citado acima  
 Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura

|          |           |          |      |            |           |
|----------|-----------|----------|------|------------|-----------|
| Receitas | 20.340,00 | Despesas | 0,00 | Total Liq. | 20.340,00 |
|----------|-----------|----------|------|------------|-----------|

Resumo por Centro de Custo:

| Centro Custo        | Nome Centro Custo | Valor            | % Valor        |
|---------------------|-------------------|------------------|----------------|
| 142209              | SETOR ROXO        | 20.340,00        | 100,00%        |
| <b>Valor Total:</b> |                   | <b>20.340,00</b> | <b>100,00%</b> |

**Carla M. Varjão Nascimento**  
 RG 54.016.466-5  
 Assessora Financeira  
 ABHU



## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros             |
| <b>Conta origem:</b>   | 1920 / 003 / 00000228-2        |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente            |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                       |
| <b>Nome:</b>           | ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 09.528.436/0001-22             |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - SANTANDER BANESPA 0000000 - 90400888 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                        |
| <b>Conta destino:</b>             | 2208 / 00013000479-8                       |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                                   |
| <b>Nome:</b>                      | URI A PRYNC FLATO SERVICOS MEDICOS         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 08.933.321/0001-50                         |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 33.786,00                              |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 10,00                                  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores             |
| <b>Identificação da operação:</b> | 240  |
| <b>Histórico:</b>                 |  |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 25/08/2020          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 25/08/2020 10:32:19 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00164329         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 6748V85USCE317FG |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



20108 Santander 2020 13000-429-8



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

Número da Nota  
**00000240**  
Data e Hora de Emissão  
**23/08/2020 22:05:35**  
Código de Verificação  
**QCAY-YRIH**

20200824008933321000150

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **08.933.321/0001-50** Inscrição Municipal: **3.654.523-6**  
Nome/Razão Social: **URI A. PRYNC FLATO SERVICOS MEDICOS**  
Endereço: **R OTAVIO TARQUINIO DE SOUSA 00055 - CAMPO BELO - CEP: 04613-000** UF: **SP**  
Município: **São Paulo**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO** Inscrição Municipal: **----**  
CPF/CNPJ: **09.528.436/0001-22**  
Endereço: **R Doutor Próspero Cecilio Coimbra 80 - Jardim São Gabriel - CEP: 17525-160** UF: **SP** E-mail: **CONTABILIDADE@ABHU.COM.BR**  
Município: **Marília**

**INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

UTI COVID ABHU  
-Supervisao UTI COVID R\$ 9.000,00  
-Plantoes diurnos 120 horas UTI COVID R\$ 15.600,00  
-Treinamentos e Capacitação Alas COVID R\$ 11.400,00

IR = 540,00

PIS/COFINS/CSLL = 1674

liquidação 33786,00

intermediario

**CONFORME CONTRATO**  
Data 24/08/2020  
  
ASSINATURA

*Sobre solicitar que nas próximas Notas Informe as intenções*

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 36.000,00**

|   |                       |                          |                                       |                 |
|---|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| INSS (R\$)  | IRRF (R\$)            | CSLL (R\$)               | COFINS (R\$)                          | PIS/PASEP (R\$) |
| -   | -                     | -                        | -                                     | -               |
| Código do Serviço<br><b>04030 - Medicina e biomedicina.</b> |                       |                          |                                       |                 |
| Valor Total das Deduções (R\$)                              | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%)             | Valor do ISS (R\$)                    | Crédito (R\$)   |
| <b>0,00</b>   | <b>36.000,00</b>      | <b>2,00%</b>             | <b>720,00</b>                         | <b>0,00</b>     |
| Município da Prestação do Serviço                           |                       | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |                 |
| -   |                       | -                        | -                                     |                 |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/09/2020.



## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros             |
| <b>Conta origem:</b>   | 1920 / 003 / 00000228-2        |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente            |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                       |
| <b>Nome:</b>           | ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 09.528.436/0001-22             |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Banco:</b>                     | 748 - SICREDI 0000000 - 01181521       |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                    |
| <b>Conta destino:</b>             | 3022 / 00000019181-7                   |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                               |
| <b>Nome:</b>                      | PAOLIELLO E FARCHI CLINICA MEDICA LTDA |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 28.938.438/0001-34                     |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 15.262,80                          |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 10,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores         |
| <b>Identificação da operação:</b> | 67 E 66                                |
| <b>Histórico:</b>                 |  |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 25/08/2020          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 25/08/2020 10:33:54 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00165076         |
| <b>Chave de segurança:</b> | QJY8VPV2YFXLWL1R |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



25108

R\$ 15.262,80



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Serie  
**00000000067 - 1**

Autenticidade  
**HMVA-VD54**

Data de Emissão  
**21/08/2020**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** PAOLIELLO & FARCHI CLINICA MÉDICA LTDA  
**CPF/CNPJ:** 28.938.438/0001-34 **IM:** 72851 **IE:** **Fone:** 34333100  
**End:** : 07 DE SETEMBRO R,1409 - CEP: 17502020  
**Município:** MARILIA **UF:** SP **E-mail:**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO  
**CPF/CNPJ:** 09.528.436/0001-22 **IM:** 41076 **IE:** **Fone:** 1421054500  
**Endereço:** : PROSPERO CECILIO COIMBRA DR R,80 SAO GABRIEL,JD - CEP: 17525160  
**Município:** MARILIA **Pais:** **UF:** SP **E-mail:** contabilidade@abhu.com.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente ao repasse nº 15876 - PLANTÃO UTI COVID

Valor Bruto: R\$ 3.000,00  
 (-) 0,65% PIS: R\$ 19,50  
 (-) 3,00% COFINS: R\$ 90,00  
 (-) 1,50% IRRF: R\$ 45,00  
 (-) 1,00% CSLL: R\$ 30,00  
 (-) 3,00% ISS: R\$ 90,00

Valor Líquido: R\$ 2.725,50

**CONFORME CONTRATO**  
 Data 24 / 08 / 2020  
 \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA

*Inter novo*

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.marilia.sp.gov.br>

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
 R\$ 501,00 - Aliq: 16,70%

Situação de Tributação  
 Tributada no Tomador - Substituto Tributário

Código do Serviço  
 401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| I.N.S.S. (R\$)  | I.RENDA (R\$)         | PIS (R\$)    | COFINS (R\$)       | CSLL (R\$)                |
|---|-----------------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| 0,00  | 45,00                 | 19,50        | 90,00              | 30,00                     |
| Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Tomador e não implicam na base de cálculo |                       |              |                    |                           |
| Deduções de Materiais   | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00  | 3.000,00              | 3,0000%      | 90,00              | 3.000,00                  |

**VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 2.725,50**

# Relatório de Repasses - Sintético



**Prestador:** PAOLIELLO & FARCHI CLINICA MEDICA LTDA

**Faturamento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020

**Previsão Pagamento:** 25/08/2020

**Recebimento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020

**Observação:**

Repasso

**15876**

| Código           | Descrição do Lançamento                       | Tipo Lanç. | Desc. Lançamento | Valor           |
|------------------|---|------------|------------------|-----------------|
| 9999             | PLANTAO UTI COVID 07_2020 - 30 HORAS X 100,00 | 3          | LANC_MANUAL      | 3.000,00        |
| <b>Sub-Total</b> |   |            |                  | <b>3.000,00</b> |

Declaro haver recebido o valor citado acima  
Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura

| Receitas | Despesas | Total Liq       |
|----------|----------|-----------------|
| 3.000,00 | 0,00     | <b>3.000,00</b> |

**Resumo por Centro de Custo:**

| Centro Custo        | Nome Centro Custo | Valor           | % Valor        |
|---------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| 142209              | SETOR ROXO        | 3.000,00        | 100,00%        |
| <b>Valor Total:</b> |                   | <b>3.000,00</b> | <b>100,00%</b> |

*Carla M. Varjão Nascimento*  
RG 54.016.466-5  
Assessora Financeira  
ABHU



05108 Sicredi 3022 19181-7



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Serie  
**00000000066-1**

Autenticidade  
**NN7M-RLOZ**

Data de Emissão  
**21/08/2020**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** PAOLIELLO & FARCHI CLINICA MÉDICA LTDA  
**CPF/CNPJ:** 28.938.438/0001-34 **IM:** 72851 **IE:** **Fone:** 34333100  
**End:** : 07 DE SETEMBRO R,1409 - CEP: 17502020  
**Município:** MARILIA **UF:** SP **E-mail:**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO  
**CPF/CNPJ:** 09.528.436/0001-22 **IM:** 41076 **IE:** **Fone:** 1421054500  
**Endereço:** : PROSPERO CECILIO COIMBRA DR R,80 SAO GABRIEL,JD - CEP: 17525160  
**Município:** MARILIA **Pais:** **UF:** SP **E-mail:** contabilidade@abhu.com.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente ao repasse nº 15880 - PLANTÃO ENFERMARIA COVID

Valor Bruto: R\$ 13.800,00  
(-) 0,65% PIS: R\$ 89,70  
(-) 3,00% COFINS: R\$ 414,00  
(-) 1,50% IRRF: R\$ 207,00  
(-) 1,00% CSLL: R\$ 138,00  
(-) 3,00% ISS: R\$ 414,00

Valor Líquido: R\$ 12.537,30

**CONFORME CONTRATO**  
Data 24/08/2020  
  
ASSINATURA

*Handwritten notes and stamps*

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.marilia.sp.gov.br>

Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 2.304,60 - Aliq: 16,70%

Situação de Tributação  
Tributada no Tomador - Substituto Tributário

Código do Serviço  
401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

|   |                       |              |                    |                           |
|---|-----------------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| I.N.S.S. (R\$)  | I.RENDA (R\$)         | PIS (R\$)    | COFINS (R\$)       | CSLL (R\$)                |
| 0,00  | 207,00                | 89,70        | 414,00             | 138,00                    |
| Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Tomador e não implicam na base de cálculo |                       |              |                    |                           |
| Deduções de Materiais   | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00  | 13.800,00             | 3,0000%      | 414,00             | 13.800,00                 |

**VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 12.537,30**



# Relatório de Repasses - Sintético

**Prestador:** PAOLIELLO & FARCHI CLINICA MEDICA LTDA  
**Faturamento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020  
**Recebimento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020  
**Previsão Pagamento:** 25/08/2020  
**Observação:**

Repassse

## 15880

| Código           | Descrição do Lançamento                               | Tipo Lanç. | Desc. Lançamento | Valor            |
|------------------|---|------------|------------------|------------------|
| 9999             | PLANTAO ENFERMARIA COVID 07_2020 - 138 HORAS X 100,00 | 3          | LANC. MANUAL     | 13.800,00        |
| <b>Sub-Total</b> |   |            |                  | <b>13.800,00</b> |

Declaro haver recebido o valor citado acima  
 Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura

|  |                 |                  |                 |             |                   |                  |
|--|-----------------|------------------|-----------------|-------------|-------------------|------------------|
|  | <b>Receitas</b> | <b>13.800,00</b> | <b>Despesas</b> | <b>0,00</b> | <b>Total Liq.</b> | <b>13.800,00</b> |
|--|-----------------|------------------|-----------------|-------------|-------------------|------------------|

**Resumo por Centro de Custo:**

| Centro Custo        | Nome Centro Custo | Valor            | % Valor        |
|---------------------|-------------------|------------------|----------------|
| 142209              | SETOR ROXO        | 13.800,00        | 100,00%        |
| <b>Valor Total:</b> |                   | <b>13.800,00</b> | <b>100,00%</b> |

**Carla M. Varjão Nascimento**  
 RG 54.016.466-5  
 Assessora Financeira  
 ABHU





## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros             |
| <b>Conta origem:</b>   | 1920 / 003 / 00000228-2        |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente            |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                       |
| <b>Nome:</b>           | ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 09.528.436/0001-22             |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - SANTANDER BANESPA 0000000 - 90400888 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                        |
| <b>Conta destino:</b>             | 1609 / 00013001298-4                       |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                                   |
| <b>Nome:</b>                      | ARIOSIA E ZAMPIERI D ANDREA LTDA ME        |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 24.877.406/0001-15                         |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 13.200,00                              |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 10,00                                  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores             |
| <b>Identificação da operação:</b> | 71 E 74                                    |
| <b>Histórico:</b>                 |  |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 25/08/2020          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 25/08/2020 10:37:54 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00166758         |
| <b>Chave de segurança:</b> | X855S69W3GPR9RF2 |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



PM DE POTIRENDABA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE POTIRENDABA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e  
71  
Código de Verificação de Autenticidade  
6A2GL3GF8  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
21/08/2020 às 14:25:08  
Chave de Acesso  
301043CXVCWZEJVD4BSC1UBK98ATATLS

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://191.243.12.90:5661/issweb>, menu  
consultas e informe os dados desta NFS-e.

## Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS  
Exigível

Número do Processo

Município de Incidência do ISS  
POTIRENDABA-SPLocal da Prestação  
MARILIA - SP

| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data de RPS | Competência |
|---------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
|               |              |             |             | 21/08/2020  |

| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal | Regime Especial Tributação   | Tipo ISS |
|--------------------------|------------------|--|----------|
| 1 - Sim                  | 2 - Não          | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento |          |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

| CPF/CNPJ            | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro    | Nome/Razão Social                    |
|---------------------|-----------------------|---------------------|-------------|--------------------------------------|
| 24.877.406/0001-15  |                       | 000604800           | 000029374   | ARIOSA & ZAMPIERI D'ANDREA LTDA - ME |
| Logradouro          | Rua                   |                     | Complemento | Bairro                               |
| RUA TIRADENTES, 953 |                       |                     |             | CENTRO                               |
| CEP                 | Cidade                | Telefone            |             | E-mail                               |
| 15105-000           | POTIRENDABA-SP        | 17-3521-8158        |             |                                      |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

| CPF/CNPJ/Documento                  | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social                             |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|---|
| 09.528.436/0001-22                  |                       |                     | ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO |
| Logradouro                          | Rua                   |                     | Bairro  |
| RUA DR PROSPERO CECILIO COIMBRA, 80 |                       |                     | JD SAO GABRIEL                                |
| CEP/Cod.Postal                      | Cidade/Pais           | Telefone            |   |
| 17525-160                           | MARILIA - SP          | 14 21054627         |   |
|                                     |                       |                     | E-mail  |
|                                     |                       |                     | contabilidade@abhu.com.br                     |

## Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇO MÉDICO PRESTADO - PLANTÃO UTI COVID 07/2020 - 48 HORAS - DRA. GABRIELA ZAMPIERI D'ANDREA - REPASSE 15875 | 4.800,00      | R\$ 4.800,00 |

CONFORME CONTRATO  
Data 24/08/2020

ASSINATURA

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina

| Aliquota                 | Atividade Município     | Código CNAE           | Código da Obra  | Código ART            |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| 2,00%                    | 0000040000001           |                       |                 |                       |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS          |
| R\$ 4.800,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 4.800,00    | R\$ 96,00             |
|                          |                         |                       |                 | ISS Retido            |
|                          |                         |                       |                 | 2 - Não               |
|                          |                         |                       |                 | Desconto Condicionado |
|                          |                         |                       |                 | R\$ 0,00              |

## Retenções de Impostos

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

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 4.800,00

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE ARIOSA & ZAMPIERI D'ANDREA LTDA - ME O SERVIÇO CCNSTATANTE DA NFS-e DE NÚMERO 71 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 6A2GL3GF8.

Data

CPF/RG

Assinatura





# Relatório de Repasses - Sintético

**Prestador:** ARIOSA E ZAMPIERI D ADREA LTDA  
**Faturamento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020  
**Previsão Pagamento:** 25/08/2020

**Recebimento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020  
**Observação:**

Repasse **15875**


| Código           | Descrição do Lançamento                       | Tipo Lanç. | Desc. Lançamento | Valor           |
|------------------|---|------------|------------------|-----------------|
| 9999             | PLANTAO UTI COVID 07_2020 - 48 HORAS X 100,00 | 3          | LANC_MANUAL      | 4.800,00        |
| <b>Sub-Total</b> |   |            |                  | <b>4.800,00</b> |

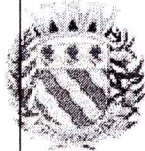
Declaro haver recebido o valor citado acima  
 Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura

| Receitas | Despesas | Total Liq. |
|----------|----------|------------|
| 4.800,00 | 0,00     | 4.800,00   |

Resumo por Centro de Custo:

| Centro Custo        | Nome Centro Custo | Valor           | % Valor        |
|---------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| 142209              | SETOR ROXO        | 4.800,00        | 100,00%        |
| <b>Valor Total:</b> |                   | <b>4.800,00</b> | <b>100,00%</b> |

  
 Carla M. Varjão Nascimento  
 RG 54.016.466-5  
 Assessora Financeira  
 ABHU



**PM DE POTIRENDABA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE POTIRENDABA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



Número da NFS-e

74

Código de Verificação de Autenticidade

**OHXEQ7U50**

Data e Hora de Emissão da NFS-e

**24/08/2020 às 17:07:17**

Chave de Acesso

301143KYL9VIRI2U9X036A7K9XR49390

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://191.243.12.90:5661/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

|                                     |                             |   |   |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|---|
| Exigibilidade do ISS Exigível       | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br><b>POTIRENDABA-SP</b>   | Local da Prestação<br><b>MARILIA - SP</b> |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS   | Data do RPS<br><b>24/08/2020</b>          |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b> | Tipo ISS                                  |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|  |                                 |   |                              |  |
|--|---------------------------------|---|------------------------------|--|
| CPF/CNPJ<br><b>24.877.406/0001-15</b>    | RG/Inscrição Estadual           | Inscrição Municipal<br><b>000604800</b> | Cadastro<br><b>000029374</b> | Nome/Razão Social<br><b>ARIOSA &amp; ZAMPIERI D'ANDREA LTDA - ME</b> |
| Logradouro<br><b>RUA TIRADENTES, 953</b> | Complemento                     |   | Bairro<br><b>CENTRO</b>      |  |
| CEP<br><b>15105-000</b>                  | Cidade<br><b>POTIRENDABA-SP</b> | Telefone<br><b>17-3521-8158</b>         | E-mail                       |  |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|  |                                    |                                |   |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>09.528.436/0001-22</b>          | RG/Inscrição Estadual              | Inscrição Municipal            | Nome/Razão Social<br><b>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b> |
| Logradouro<br><b>RUA DR PROSPERO CECILIO COIMBRA, 80</b> | Complemento                        |                                | Bairro<br><b>JD SAO GABRIEL</b>   |
| CEP/Cod. Postal<br><b>17525-160</b>                      | Cidade/Pais<br><b>MARILIA - SP</b> | Telefone<br><b>14 21054627</b> | E-mail<br><b>contabilidade@abhu.com.br</b>                                |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | PLANTÃO ENFERMARIA COVID 07/2020 - 24 H - DR. RODRIGO HARA ARIOSA - REPASSE 15881        | 2.400,00      | R\$ 2.400,00 |
| 1,00  | UN         | PLANTÃO ENFERMARIA COVID 07/2020 - 60 H - DRA GABRIELA ZAMPIERI D'ANDREA - REPASSE 15881 | 6.000,00      | R\$ 6.000,00 |

**CONFORME CONTRATO**  
 Data 24/08/2020

ASSINATURA

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

|                           |   |   |  |  |                                   |
|---------------------------|---|---|--|--|-----------------------------------|
| LC 116/2003: <b>04.01</b> | Alíquota<br><b>2,00%</b>                        | Atividade Município<br><b>0000040000001</b> | Código CNAE                              | Código da Obra                           | Código ART                        |
| Medicina e biomedicina    | Valor Total dos Serviços<br><b>R\$ 8.400,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b>  | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b> | Base de Cálculo<br><b>R\$ 8.400,00</b>   | Total do ISS<br><b>R\$ 168,00</b> |
|                           |   |   | ISS Retido<br><b>2 - Não</b>             | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |                                   |

**Retenções de Impostos**

|   |                           |                         |                         |                         |                                     |
|---|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| PIS<br><b>R\$ 0,00</b>                      | COFINS<br><b>R\$ 0,00</b> | INSS<br><b>R\$ 0,00</b> | IRRF<br><b>R\$ 0,00</b> | CSLL<br><b>R\$ 0,00</b> | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> |
| Valor Líquido da NFS-e: <b>R\$ 8.400,00</b> |                           |                         |                         |                         |                                     |

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **ARIOSA & ZAMPIERI D'ANDREA LTDA - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **74** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **OHXEQ7U50**.

Data

CPF/RG

Assinatura





# Relatório de Repasses - Sintético

Repasses

**15881**

Recebimento Período: 01/07/2020 a 31/07/2020

Observação:

Prestador: ARIOSA E ZAMPIERI D ADREA LTDA

Faturamento Período: 01/07/2020 a 31/07/2020

Previsão Pagamento: 25/08/2020

| Código           | Descrição do Lançamento                                   | Tipo Lanç. | Desc. Lançamento | Valor           |
|------------------|---|------------|------------------|-----------------|
| 9999             | PLANTAO ENFERMARIA COVID 07_2020 - 24 H X 100,00 RODRIGO  | 3          | LANC_MANUAL      | 2.400,00        |
| 9999             | PLANTAO ENFERMARIA COVID 07_2020 - 60 H X 100,00 GABRIELA | 3          | LANC_MANUAL      | 6.000,00        |
| <b>Sub-Total</b> |   |            |                  | <b>8.400,00</b> |

Declaro haver recebido o valor citado acima  
 Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura

|          |          |          |      |            |          |
|----------|----------|----------|------|------------|----------|
| Receitas | 8.400,00 | Despesas | 0,00 | Total Liq. | 8.400,00 |
|----------|----------|----------|------|------------|----------|

Resumo por Centro de Custo:

| Centro Custo        | Nome Centro Custo | Valor           | % Valor        |
|---------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| 142209              | SETOR ROXO        | 8.400,00        | 100,00%        |
| <b>Valor Total:</b> |                   | <b>8.400,00</b> | <b>100,00%</b> |



## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| <b>Emitente:</b>      | ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO |
| <b>Conta origem:</b>  | 1920 / 003 / 00000228-2        |
| <b>Conta destino:</b> | 1837 / 003 / 00000437-3        |

|                                   |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>         | KARINA VILARICO FERREIRA ME |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 2.252,40                |
| <b>Identificação da operação:</b> | 134                         |

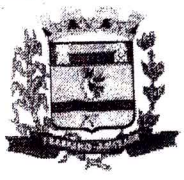
|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 25/08/2020          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 25/08/2020 14:20:59 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 35771582         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 52MQ9RG471JZE6CE |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



35108 Caixa 1837 437-3



MUNICÍPIO DE CHAVANTES  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE FINANÇAS  
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da nota:  
0000134  
Data e Hora de Emissão:  
21/08/2020 16:10:03  
Código de Verificação:  
14797PRH

PRESTADOR DE SERVIÇO

CPF/CNPJ: 23911507000100 IE/RG: Insc. Mun.: 003.076  
Nome/Razão Social: KARINA VILARIÇO FERREIRA - ME  
Endereço: AV: CONCEICAO, 565 - CHAVANTES NOVO, 18.970-000 UF: SP  
Município: CHAVANTES  
Natureza da Operação: TRIBUTÁVEL Tipo de Tributação: NORMAL



TOMADOR DE SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09528436000122 IE/RG: Insc. Mun.:  
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO  
Endereço: RUA DR PROSPERO CECILIO COIMBRA, 80 - JD SÃO GABRIEL, 17.525-160 UF: SP  
Município: MARÍLIA  
Email: contabilidade@abh.com.br



DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço(s) prestado(s) no município de: MARÍLIA  
ISS devido no município de: CHAVANTES  
  
PLANTÃO ENFERMARIA COVID 07/2020 - 24 HORAS X 100,00  
REPASSE Nº 15882.

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS = R\$ 343,92

CONFORME CONTRATO  
Data 24/08/2020  
ASSINATURA

Handwritten signature and stamp

IMPOSTOS RETIDO NA FONTE

|                 |                    |                  |                  |                     |                     |
|-----------------|--------------------|------------------|------------------|---------------------|---------------------|
| Valor PIS (R\$) | Valor COFINS (R\$) | Valor CSLL (R\$) | Valor IRRF (R\$) | Valor Serviço (R\$) | Valor Líquido (R\$) |
| 0.65% - 15,60   | 3.0% - 72,00       | 1.0% - 24,00     | 1.5% - 36,00     | 2.400,00            | 2.252,40            |

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA. Tipo do Movimento: VARIÁVEL

CNAE: 86.30-5/03 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Valor Total da Nota = R\$ 2.400,00

|                            |                       |              |                    |                               |
|----------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------|
| Valor Total Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito para Abatimento (R\$) |
| 0,00                       | 2.400,00              | 3.0          | 72,00              | 0,00                          |

Outras Informações

- A autenticidade desta NFS-e está sujeita a verificação através do site <https://www.issmap.com.br/chavantes>.  
- Bar Code é uma codificação de quadros que armazena informações da nota, neste caso possui um link que o levará ao site para a validação desta nota.  
Consulta em 21 de Agosto de 2020 às 16:50:22



# Relatório de Repasses - Sintético

**Prestador:** KARINA VILARICO FERREIRA - ME      **Recebimento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020      Repasse **15882**

**Faturamento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020      **Observação:**

**Previsão Pagamento:** 25/08/2020

| Código           | Descrição do Lançamento                              | Tipo Lanç. | Desc. Lançamento | Valor           |
|------------------|--|------------|------------------|-----------------|
| 9999             | PLANTAO ENFERMARIA COVID 07_2020 - 24 HORAS X 100,00 | 3          | LANC_MANUAL      | 2.400,00        |
| <b>Sub-Total</b> |  |            |                  | <b>2.400,00</b> |

Declaro haver recebido o valor citado acima  
 Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura

|  |                 |                 |                 |             |                   |                 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|-------------------|-----------------|
|  | <b>Receitas</b> | <b>2.400,00</b> | <b>Despesas</b> | <b>0,00</b> | <b>Total Liq:</b> | <b>2.400,00</b> |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|-------------------|-----------------|

**Resumo por Centro de Custo:**

| Centro Custo        | Nome Centro Custo | Valor           | % Valor        |
|---------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| 142209              | SETOR ROXO        | 2.400,00        | 100,00%        |
| <b>Valor Total:</b> |                   | <b>2.400,00</b> | <b>100,00%</b> |

Carla M. Varão Nascimento  
 RG 54.016.466-5  
 Assessora Financeira  
 ABHU





## Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Banco Receptor:</b>         | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| <b>Pagador Final / Efetivo</b> |                                |
| <b>CPF/CNPJ:</b>               | 09.528.436/0001-22             |
| <b>Nome:</b>                   | ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO |
| <b>Conta de débito:</b>        | 1920 / 003 / 00000228-2        |

|  |   |
|--|---|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 34191.12168 80628.372932 80127.350009 5<br>83590000909909 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | ITAU UNIBANCO S.A.  |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 341   |
| <b>Código do ISPB:</b>                             | 60701190  |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |   |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | <b>CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT</b>                       |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT</b>                       |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>44.734.671/0001-51</b>                                 |
| <b>Sacador Avalista</b>                            |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | CRISTALIA PRODS QUIM FARMACEUT                            |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 44.734.671/0004-02  |
| <b>Beneficiário Final</b>                          |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT                              |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 44.734.671/0001-51  |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | ASSOC BENEF HOSP UNIV                                     |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 09.528.436/0001-22  |
| <b>Pagador Final - Correntista</b>                 |   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO                            |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 09.528.436/0001-22  |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 26/08/2020 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 26/08/2020 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 9.099,09   |
| <b>Juros (R\$):</b>                      | 0,00       |
| <b>IOF (R\$):</b>                        | 0,00       |
| <b>Multa (R\$):</b>                      | 0,00       |
| <b>Desconto (R\$):</b>                   | 0,00       |
| <b>Abatimento (R\$):</b>                 | 0,00       |
| <b>Valor Calculado (R\$):</b>            | 9.099,09   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 9.099,09   |
| <b>Identificação do Pagamento:</b>       | 2686346    |

**Data/hora da operação:** 26/08/2020 13:45:27

**Código da operação:** 039361635  
**Chave de segurança:** 5L7TA2084X5UJ89N

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

com nota na planilha

# CRISTÁLIA

PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CRISTALIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA

ROD ITAPIRA LINDOIA S/N KM 14  
Itapira - SP - CEP 13974-900  
(19)38439500 - www.cristalia.com.br

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº.2686346 FL 1 / 1  
SÉRIE 10

CHAVE DE ACESSO  
3520 0744 7346 7100 0151 5501 0002 6863 4614 8110 9193

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200641455838 29/07/2020 21:28:36

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
5.101 VENDA DE PRODUTO

INSCRIÇÃO ESTADUAL 374007758117 INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 44.734.671/0001-51 CNPJ 09.528.436/0001-22

DESTINATÁRIO/REMETENTE ASSOC BENEF HOSP UNIV (12218 - 0664299V-54) CNPJ/CPF 09.528.436/0001-22 DATA DA EMISSÃO 29/07/2020

NUMERO/RAZÃO ASSOC BENEF HOSP UNIV (12218 - 0664299V-54) BAIRRO/DISTRITO 17525-160 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 30/07/2020

ENDEREÇO R DR PROSPERO CECILIO COIMBRA,80 /D SAO GABRIEL CEP 17525-160 HORA DE SAÍDA 18:00:00

MUNICIPIO MARÍLIA FONE/FAX 0151421054500 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO

| FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR    | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR    | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR    |
|----------------|------------|----------|----------------|------------|----------|----------------|------------|----------|
| 2686346/01     | 26/08/2020 | 9.099,09 | 2686346/02     | 23/09/2020 | 9.099,09 | 2686346/03     | 21/10/2020 | 9.101,82 |

| CÁLCULO DO IMPOSTO      |           | VALOR DO ICMS   |          | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST |      | VALOR DO ICMS SUBSTITUTO |      | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |           |
|-------------------------|-----------|-----------------|----------|----------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|-----------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 27.300,00 | VALOR DO ICMS   | 4.914,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUTO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 27.300,00 |
| VALOR DO FRETE          | 0,00      | VALOR DO SEGURO | 0,00     | VALOR DO DESCONTO          | 0,00 | OUTRAS DESPESAS          | 0,00 | VALOR DO IPI             | 0,00      |
|                         |           |                 |          |                            |      |                          |      | VALOR TOTAL DA NOTA      | 27.300,00 |

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA. FRETE POR CONTA 0 - Emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF SP CNPJ 06.321.409/0007-81

ENDEREÇO ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854 MUNICIPIO CAMPINAS UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 795549474111

QUANTIDADE 7 ESPECIE CAIXA(S) MARCA NUMERO PESO BRUTO 77,000 PESO LÍQUIDO 70,000

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS  | NCM / SH   | CFOP | UN   | QUANT | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTA ICMS | ALÍQUOTA IPI |
|--|------------|------|------|-------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|---------------|--------------|
| 40.2520 FENTANEST 0,05mg/mL Sol Inj - 25fa. ambar X 10mL - COVID-19 - (A1) - Lis:POS - Trib aprox R\$: 3.671,85 Federal Fonte: IBPT/empresometro.co D26078. Lote: 20060963 - Qtd: 128,0000 Lote: 20060971 - Qtd: 12,0000 | 3004.90.69 | 000  | 5101 | cx    | 140,0000       | 195,0000    | 27.300,00    | 4.914,00   | 0,00      | 18,00         | 0,00         |

**CONFERIDO**  
Data 31/10/2020  
ABNU

ENTRADA NOTA FISCAL  
OC: 88716  
ASS: [Assinatura]

CÁLCULO DO ISSQN INSCRIÇÃO MUNICIPAL 256-2 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00 VALOR DO ISSQN 0,00

DADOS ADICIONAIS LOCAL DE ENTREGA

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Ped: 0664299V-54 - Rep: 13306 - Prod. Lista Positiva: 27.300,00 - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp.: TANI A YURIKOKUSHIKAW SHIRAYSHI - CRF 27152-SP - Trib aprox R\$: 3.671,85 Federal Fonte: IBPT/empresometro.com.br D 26078 Transp. Redespa: Quality Transportes e Entregas Rápidas Ltda. CPF/CNPJ: 06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL: 79554947 4111 - BOLETO DISPONÍVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.: Banco Itaú S/A (341)-AG: 000011 - C/C 000010069 - COD. IDENT.: NR. CNPJ (SEM PONTO) OU INSTR. DEPOS.: Banco do Brasil S/A (001)-AG: 005115-2 C/C 000002 014-1 COD. IDENT.: 012218-1. Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: layout@oftr0527-carta.0011



# Ordem de Compra

ABHU - ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITAR

C.N.P.J.: 09.528.436/0001-22

Rua/Av.: DOUTOR PROSPERO CECILIO COIMBRA, 80

**Orçamento.: 52794 MEDICAMENTOS CRISTALIA - AREA ROXA**

Data Cotação.: 22/06/2020

Comprador(a): RODOLFO ZINHANI DE VASCONCELOS

Compõem Orçamento: SIM

Data Prevista de Entrega: 26/06/2020

Email Comprador: compras@abhu.com.br

ID. Bionexo:

Ordem de Compra

**88716**

### Fornecedor de Cotação

**1 - CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA****CNPJ:44.734.671/0001-51**

Endereço.....: PAOLETTI 363 [CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS],0

Bairro.....: FAZ ESTANCIA CRISTALIA

Cidade.....: ITAPIRA

Estado.....: SP

Contato.....: MARCO

CEP.....: 13974900

Email.....: marco.ferrari@crystalia.com.br; marcoferrari.crystalia@gmail.com

Fone(s).....: (019) 3843-9500

Prazo Entrega: 4 DIAS Tipo Frete: CIF Tipo Pagto: COBRANÇA BANCARIA (BOLETO)

Forma Pagto: 28 / 56 / 84 DIAS

### Fornecedor de Faturamento

**1 - CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA****CNPJ:44.734.671/0001-51**

Endereço.....: PAOLETTI 363 [CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS],0

BAIRRO.....: FAZ ESTANCIA CRISTALIA

Cidade.....: ITAPIRA

Estado.....: SP

Contato.....: MARCO

CEP.....: 13974900

Email.....: marco.ferrari@crystalia.com.br; marcoferrari.crystalia@gmail.com

Fone(s).....: (019) 3843-9500

C.C Depósito...:

### Faturamento

ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO

End...: DOUTOR PROSPERO CECILIO COIMBRA, 80 CEP:17525160

Cid....: MARILIA/SP

Bairro: JARDIM SAO GABRIEL

CNPJ: 09.528.436/0001-22

Insc. Est.: ISENTA

### Entrega

ABHU - ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO

End...: DOUTOR PROSPERO CECILIO COIMBRA, 80 CEP:17525160

Cid....: MARILIA/SP

Bairro: JARDIM SAO GABRIEL

Horario de Entrega: 08:00 - 16:00

| Cod.   | Sub | Produto/Serviço                               | Med. | Qtd. | Valor Uni. | Ipi    | Acrés. | Desc.  | Frete  | Total       |
|--|-----|---|------|------|------------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 61618  | 2   | BESILATO DE CISATRACURIO 2MG/ML 5ML CRISTALIA | AMP  | 2000 | 24,5000    | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 49.000,0000 |
| Centro de Custo Destino: 142209 - SETOR ROXO |     |   |      |      |            |        |        |        |        |             |
| 43995  | 2   | CLORIDRATO DE REMIFENTANIL 2MG CRISTALIA      | AMP  | 400  | 35,0000    | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 14.000,0000 |
| Centro de Custo Destino: 142209 - SETOR ROXO |     |   |      |      |            |        |        |        |        |             |
| 80214  | 2   | FENTANIL 0,05MG/ML - 2ML CRISTALIA            | AMP  | 250  | 4,9000     | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 1.225,0000  |
| Centro de Custo Destino: 142209 - SETOR ROXO |     |   |      |      |            |        |        |        |        |             |
| 83722  | 2   | FENTANIL 0,05MG/ML - 5ML CRISTALIA            | AMP  | 1500 | 5,6000     | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 8.400,0000  |
| Centro de Custo Destino: 142209 - SETOR ROXO |     |   |      |      |            |        |        |        |        |             |
| 3990   | 2   | FENTANIL 50MCG/ML - 10ML CRISTALIA            | AMP  | 3500 | 7,8000     | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 27.300,0000 |
| Centro de Custo Destino: 142209 - SETOR ROXO |     |   |      |      |            |        |        |        |        |             |
| 61119  | 1   | LINEZOLIDA 600MG/300ML CRISTALIA              | BOL  | 400  | 32,0000    | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 12.800,0000 |
| Centro de Custo Destino: 142209 - SETOR ROXO |     |   |      |      |            |        |        |        |        |             |
| 4080   | 2   | MIDAZOLAN 50MG/10ML CRISTALIA                 | AMP  | 3000 | 6,8000     | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 0,0000 | 20.400,0000 |
| Centro de Custo Destino: 142209 - SETOR ROXO |     |   |      |      |            |        |        |        |        |             |

**Total Ordem Compra: 133.125,0000**

Ordem de Compra Aprovada eletronicamente na data 22/06/2020 11:05:38 por:  
**MARIA DE FATIMA SILVA**

Ordem de Compra criada dia: 22/06/2020 10:29:11

Observação: CRIANDO OC CONFORME ACORDO FEITO DIRETO PELA TANIA GERENTE DE SUPRIMENTOS

### Avaliação de Fornecedor

| Pergunta                    | Sim | Não | Não Aplicável |
|-----------------------------|-----|-----|---------------|
| ENTREGA DENTRO DO PRAZO     | ( ) | ( ) | ( )           |
| DIVERGENCIA DE VALORES      | ( ) | ( ) | ( )           |
| DIVERGENCIA DE QUANTIDADE   | ( ) | ( ) | ( )           |
| LOTE/VALIDADE CONFERE       | ( ) | ( ) | ( )           |
| MARCA CONFORME ORDEM COMPRA | ( ) | ( ) | ( )           |



**Avaliação de Fornecedor**

| Pergunta                           | Sim | Não | Não Aplicável |
|------------------------------------|-----|-----|---------------|
| EMBALAGEM EM BOAS CONDICÕES        | ( ) | ( ) | ( )           |
| ATENDIMENTO DO ENTREGADOR ADEQUADO | ( ) | ( ) | ( )           |





# ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rua. Dr. Próspero Cecílio Coimbra, 80 - MARÍLIA - SP  
C.G.C. (MF) 09.528.436/0001-22

## RECIBO Nº. 016923

## R\$ 15.600,00

RECEBI(EMOS) DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, A IMPORTÂNCIA DE  
QUINZE MIL SEISCENTOS REAIS

VALOR REPRESENTADO EM CHEQUE 900002 DO BANCO 104-CAIXA ECONOMICA FEDERAL

PROVENIENTE DO PAGAMENTO DE

CONTRATOS NF 95 DE 24/08/2020 NO VALOR DE R\$ 15600.00

POR SER A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSINO(AMOS) O PRESENTE RECIBO.

NOME RWR SERVICOS MEDICOS LTD

CPF/CNPJ 11.514.038/0001-07

26/08/2020 00:00:00

NOME R Wagner L. L.

R.G. 220555 8016500

R Wagner L. L.  
ASSINATURA



12301-LETICIA LAMARA VIEIRA DOS ANJOS

|   |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |
|---|--------------|-----------------|----|---------------------|---------|--------------|---------------------|---------|------------------|
| Comp.<br>018  | Banco<br>104 | Agência<br>1920 | C1 | Conta<br>03000228-2 | C2<br>4 | Série<br>AAA | Cheque nº<br>900002 | C3<br>0 | R\$<br>15.600,00 |
| Pague por este cheque a quantia de (QUINZE MIL E SEISCENTOS REAIS)        |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |
| RWR SERVICOS MEDICOS LTDA - ME  |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |
| MARÍLIA-SP, 24 de AGOSTO de 2020  |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |
|   |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |
| QUATRO DE ABRIL<br>AV. RIO BRANCO 651<br>MARÍLIA-SP<br>CONFECCÃO: 07/2020 |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |
| ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO<br>CNPJ 09.528.436/0001-22                 |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |
| R Wagner L. L.  |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |
| CLIENTE BANCÁRIO<br>DESDE 03/2020   |              |                 |    |                     |         |              |                     |         |                  |





**PM DE ASSIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**95**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**62G5LUJSU**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**24/08/2020 às 10:14:23**  
**Chave de Acesso**  
**3187591QKBYXXQTEF33YDZREXLCCE0V9**  
**Criada em substituição à NFS-e 94**

Para certificação da autenticidade acesse  
<https://nfse.assis.sp.gov.br/>, menu  
**consultas e informe os dados desta NFS-e.**

**Informações Fiscais**

|  |                                    |   |   |
|--|------------------------------------|---|---|
| Exigibilidade do ISS Exigível              | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>ASSIS-SP</b>   | Local da Prestação<br><b>ASSIS - SP</b> |
| Número do RPS                              | Série do RPS                       | Tipo do RPS   | Data do RPS<br><b>21/08/2020</b>        |
| Optante Simples Nacional<br><b>1 - Sim</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b> | Tipo ISS                                |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

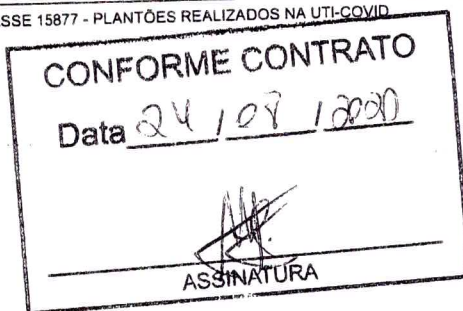
|   |                           |                                     |                              |  |
|---|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--|
| CPF/CNPJ<br><b>11.514.038/0001-07</b>             | RG/Inscrição Estadual     | Inscrição Municipal<br><b>39161</b> | Cadastro<br><b>000030718</b> | Nome/Razão Social<br><b>RWR SERVICOS MEDICOS LTDA - ME</b> |
| Logradouro<br><b>RUA BARAO DO RIO BRANCO, 708</b> |                           | Complemento<br><b>SALA 02</b>       | Bairro<br><b>CENTRO</b>      |  |
| CEP<br><b>19814-020</b>                           | Cidade<br><b>ASSIS-SP</b> | Telefone                            | E-mail                       |  |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|   |                                    |                                |   |
|---|------------------------------------|--------------------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>09.528.436/0001-22</b>           | RG/Inscrição Estadual              | Inscrição Municipal            | Nome/Razão Social<br><b>ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO</b> |
| Logradouro<br><b>RUA DR. PROSPERO CECILIO COIMBRA, 80</b> |                                    | Complemento                    | Bairro<br><b>JD SAO GABRIEL</b>   |
| CEP/Cod.Postal<br><b>17525-160</b>                        | Cidade/Pais<br><b>MARILIA - SP</b> | Telefone<br><b>02 10545004</b> | E-mail<br><b>manutencao@abhu.com.br</b>                                   |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vlr. Unitário | Total         |
|-------|------------|---|---------------|---------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇO MEDICO PRESTADO REF. REPASSE 15877 - PLANTÕES REALIZADOS NA UTI-COVID | 15.600,00     | R\$ 15.600,00 |



*mta novo*

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

|   |                         |                       |                 | <b>Construção Civil</b> |            |                       |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.03  | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra          | Código ART |                       |
| HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASA | 2,17%                   | 0000040000003         | 8630503         |                         |            |                       |
| Valor Total dos Serviços  | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS            | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 15.600,00   | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 15.600,00   | R\$ 338,52              | 2 - Não    | R\$ 0,00              |

**Retenções de Impostos**

| PIS   | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções |
|---|----------|----------|----------|----------|------------------|
| R\$ 0,00  | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 15.600,00   |          |          |          |          |                  |
| Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$2.098,20 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,69%) R\$419,64 |          |          |          |          |                  |

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **RWR SERVICOS MEDICOS LTDA - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **95** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **62G5LUJSU**.

Data

CPF/RG

Assinatura



**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros             |
| <b>Conta origem:</b>   | 1920 / 003 / 00000228-2        |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente            |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                       |
| <b>Nome:</b>           | ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 09.528.436/0001-22             |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Banco:</b>                     | 033 - SANTANDER BANESPA 0000000 - 90400888 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                        |
| <b>Conta destino:</b>             | 2208 / 00013000479-8                       |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                                   |
| <b>Nome:</b>                      | URI A PRYNC FLATO SERVICOS MEDICOS         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 08.933.321/0001-50                         |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 11.149,38                              |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 10,00                                  |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                      |
| <b>Identificação da operação:</b> | 241  |
| <b>Histórico:</b>                 |  |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 28/08/2020          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 28/08/2020 13:57:47 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00156396         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 7YVCNQFHAAXH0T5J |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



20/09 Santos 2020

## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número da Nota

00000241

Data e Hora de Emissão

28/08/2020 12:48:12

Código de Verificação

IUTM-BBK4

20200828u08933321000150

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 08.933.321/0001-50

Inscrição Municipal: 3.654.523-6

Nome/Razão Social: URI A. PRYNC FLATO SERVICOS MEDICOS

Endereço: R OTAVIO TARQUINIO DE SOUSA 00055 - CAMPO BELO - CEP: 04613-000

Município: São Paulo

UF: SP

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO

CPF/CNPJ: 09.528.436/0001-22

Inscrição Municipal: ----

Endereço: R Doutor Próspero Cecilio Coimbra 80 - Jardim São Gabriel - CEP: 17525-160

Município: Marília

UF: SP

E-mail: CONTABILIDADE@ABHU.COM.BR

### INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UTI Plantoes COVID mes de Julho

valor bruto R\$ 11.880,00

IRRF R\$ 178,20

PIS/COFINS/CSL R\$ 552,42

Valor Líquido R\$ 11.149,38

CONFORME CONTRATO

Data 28/08/2020

ASSINATURA

### VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 11.880,00

| INSS (R\$)                             | IRRF (R\$)            | CSLL (R\$)               | COFINS (R\$)                          | PIS/PASEP (R\$) |
|--|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| -                                      | -                     | -                        | -                                     | -               |
| Código do Serviço                      |                       |                          |                                       |                 |
| <b>04030 - Medicina e biomedicina.</b> |                       |                          |                                       |                 |
| Valor Total das Deduções (R\$)         | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%)             | Valor do ISS (R\$)                    | Crédito (R\$)   |
| 0,00                                   | 11.880,00             | 2,00%                    | 237,60                                | 0,00            |
| Município da Prestação do Serviço      |                       | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |                 |
| -                                      |                       | -                        | -                                     |                 |

### OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/09/2020.



# Relatório de Repasses - Sintético



**Prestador:** URIA. PRYNC FLATO SERVICOS MEDICOS - ME

**Faturamento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020

**Previsão Pagamento:** 20/08/2020

**Recebimento Período:** 01/07/2020 a 31/07/2020

**Observação:**

Repasses

**15794**

| Código           | Descrição do Lançamento                                   | Tipo Lanç. | Desc. Lançamento | Valor            |
|------------------|---|------------|------------------|------------------|
| 9999             | PLANTAO TITULADO 07_2020 - UTI COVID - 108 HORAS X 110,00 | 3          | LANC_MANUAL      | 11.880,00        |
| <b>Sub-Total</b> |   |            |                  | <b>11.880,00</b> |

Declaro haver recebido o valor citado acima  
Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*5/10/2020*

Assinatura

| Receitas  | Despesas | Total Liq. |
|-----------|----------|------------|
| 11.880,00 | 0,00     | 11.880,00  |

Resumo por Centro de Custo:

| Centro Custo        | Nome Centro Custo | Valor            | % Valor        |
|---------------------|-------------------|------------------|----------------|
| 142209              | SETOR ROXO        | 11.880,00        | 100,00%        |
| <b>Valor Total:</b> |                   | <b>11.880,00</b> | <b>100,00%</b> |

Carla M. Varjão Nascimento  
RG 54.016.466-5  
Assessora Financeira  
ABHU



# ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rua. Dr. Próspero Cecílio Coimbra, 80 - MARÍLIA - SP  
C.G.C. (MF) 09.528.436/0001-22

## RECIBO Nº. 016927

## R\$ 31.670,31

RECEBI(EMOS) DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, A IMPORTÂNCIA DE

TRINTA E HUM MIL SEISCENTOS E SETENTA REAIS E TRINTA E HUM CENTAVOS

VALOR REPRESENTADO EM CHEQUE 900004 DO BANCO 104-CAIXA ECONOMICA FEDERAL

PROVENIENTE DO PAGAMENTO DE

CONTRATOS PARCELA 4 REFERENTE NF 475 DE 24/08/2020 NO VALOR DE R\$ 30999.30

CONTRATOS PARCELA 3 REFERENTE NF 474 DE 24/08/2020 NO VALOR DE R\$ 2292.00

ACRÉSCIMOS E DESCONTOS RELACIONADOS

PIS/COFINS/CSLL (-) 1.620,99

POR SER A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSINO(AMOS) O PRESENTE RECIBO.

NOME PIERO BITELI & CIA. LTDA.

CPF/CNPJ 12.473.861/0001-76

NOME Piero Biteli

R.G. 90432714-1

31/08/2020 00:00:00

*Piero Biteli*

CRM 120231 ASSINATURA



11061-CARLA MACHADO VARJAO NASCIMENTO

|  |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |
|--|-----------|--------------|------|------------------|------|-----------|------------------|------|-----------------|
| Comp. 018  | Banco 104 | Agência 1920 | Cl 1 | Conta 03000228-2 | CZ 4 | Série AAA | Cheque nº 900004 | C9 6 | R\$ = 31.670,31 |
| Pague por este cheque a quantia de <b>TRINTA E UM MIL, SEISCENTOS E SETENTA REAIS E TRINTA E UM CENTAVOS</b> e centavos acima ou à sua ordem |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |
| <b>PIERO BITELI &amp; CIA LTDA</b>   |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |
| MARÍLIA-SP, 25 de AGOSTO de 2020   |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |
| <i>Rignal Horacio de Maudslere</i>   |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |
| ASSOC BENEF HOSP UNIVERSITARIO   |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |
| CNPJ 09.528.436/0001-22  |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |
| CLIENTE BANCÁRIO DESDE 03/2020   |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |
| QUATRO DE ABRIL AV RIO BRANCO 651 MARÍLIA-SP CONFECCÃO: 07/2020  |           |              |      |                  |      |           |                  |      |                 |





**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série  
**000000000474 - 1**

Autenticidade  
**UOT0-86Z9**

Data de Emissão  
**24/08/2020**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: PIERO BITELI & CIA LTDA  
CPF/CNPJ: 12.473.861/0001-76 IM: 48904 IE: Fone:  
End: : ESMERALDAS DAS AV,2517 - CEP: 17516000  
Município: MARILIA UF: SP E-mail:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO  
CPF/CNPJ: 09.528.436/0001-22 IM: 41076 IE: Fone: 1421054500  
Endereço: : PROSPERO CECILIO COIMBRA DR R,80 SAO GABRIEL,JD - CEP: 17525160  
Município: MARILIA País: UF: SP E-mail: contabilidade@abhu.com.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REPASSE 15879 - PLANTÃO ENFERMARIA COVID

CONFORME CONTRATO  
Data 24/08/2020  
ASSINATURA

15879

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: <http://www.marilia.sp.gov.br>

Situação de Tributação  
Tributada no Tomador - Substituto Tributário

Código do Serviço  
401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| I.N.S.S. (R\$) | I.RENDA (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | CSLL (R\$) |
|----------------|---------------|-----------|--------------|------------|
| 0,00           | 36,00         | 15,60     | 72,00        | 24,00      |

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Tomador e não implicam na base de cálculo

| Deduções de Materiais | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
|-----------------------|-----------------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| 0,00                  | 2.400,00              | 3,0000%      | 72,00              | 2.400,00                  |

**VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 2.180,40**

25108



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Número da Nota - Série

00000000475-1

Autenticidade

0HQ0-2XJE

Data de Emissão

24/08/2020

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: PIERO BITELI &amp; CIA LTDA

CPF/CNPJ: 12.473.861/0001-76 IM: 48904 IE:

Fone:

End: : ESMERALDAS DAS AV,2517 - CEP: 17516000

Município: MARILIA

UF: SP

E-mail:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO

CPF/CNPJ: 09.528.436/0001-22

IM: 41076

IE:

Fone: 1421054500

Endereço: : PROSPERO CECILIO COIMBRA DR R,80 SAO GABRIEL,JD - CEP: 17525160

Município: MARILIA

Pais:

UF: SP

E-mail: contabilidade@abhu.com.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REPASSE 15874 - PLANTAO UTI COVID

CONFORME CONTRATO

Data 24 / 08 / 2020

ASSINATURA

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site: <http://www.marilia.sp.gov.br>

Situação de Tributação  
Tributada no Tomador - Substituto Tributário

Código do Serviço

401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

|                |               |           |              |            |
|----------------|---------------|-----------|--------------|------------|
| I.N.S.S. (R\$) | I.RENDA (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | CSLL (R\$) |
| 0,00           | 486,90        | 210,99    | 973,80       | 324,60     |

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Tomador e não implicam na base de cálculo

|                       |                       |              |                    |                           |
|-----------------------|-----------------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| Deduções de Materiais | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00                  | 32.460,00             | 3,0000%      | 973,80             | 32.460,00                 |

**VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 29.489,91**