





| | | |
|---|---------------------------------|---|
|  <p>ASSOCIAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS DE SÃO JOSÉ CNPJ: 86.185.220/0006-67 PRAÇA IRMÃ PAULINA - HOSPITAL BOM JESUS, 470 CEP: 88.400-000 - Bairro: CENTRO Município: ITUPORANGA - SANTA CATARINA Telefone: (04) 73533-7150 Email: rh@hbj.org.br Insc. Municipal: 642 Insc. Estadual:</p> | Número da NFS-e 84167 |  |
| | Situação Emitida | |
| | Tipo Importado | |
| | | |

Autenticidade

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

| | | |
|--|---|---|
|  <p>ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA</p> | Identificador 8167 0309 2416 5541 8808 6185 2202 0240 9737 5479  | |
| | Data Fato Gerador 03/09/2024 | Data/Hora Emissão 03/09/2024, 16:55 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|--|---------------------------|----------------------------------|
| Nome/Razão Social FUNDO MEDICO ASSIST TRABALHADORES VIDAL RAMOS | | CPF/CNPJ 83.181.297/0001-66 |
| Endereço AVENIDA ALAMEDA RODOVIA LEOBERTO LEAL | Número 239 | Complemento NÃO INFORMADO |
| Bairro CENTRO | CEP 88443000 | Cidade Vidal Ramos - SC |
| País Brasil - BR - 1058 | Telefone Não Informado | Email hospitalvr@yahoo.com.br |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---------|-----------------|----------|----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------|
| 403 | 8167 | 2% | IMU | 5.418,00 | 0,00 | 0,00 | 108,36 |

Descrição do Serviço:
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres. Serviços Mat e Med, Serviços Hospitalares - HBJ

| | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Valor Total 5.418,00 | Desc. Incondicional 0,00 | Dedução 0,00 | Base de Cálculo 5.418,00 | ISSQN 108,36 |
| 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 5.418,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informações Genéricas

Descrição RPS - *Serviços Hospitalares Convenio Laboratorio Vidal Ramos ref 08/2024 Conta para Deposito Banco do Brasil Agencia 1389-7C/C 50004-6*

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.
403 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.

Legenda do Local de Prestação do Serviço
8167 Ituporanga

Outras Informações

IMU - Imune
(403) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Imune de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 128/2012 de 05/06/2012 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
<https://ituporanga.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/8167030924165541880861852202024097375479>

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 21/10/2024

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$728,72 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$112,69 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

| | |
|--|-----------------------------------|
| Número do RPS 00083721 | Número da Nota 00084167 |
| Data da emissão da nota 03/09/2024 às 16:55:41 | |
| Data do fato gerador 03/09/2024 às 16:55:41 | |
| Código de verificação 81670309241655418808 | |

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

Nome fantasia: **HOSPITAL BOM JESUS - HBJ**
Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS DE SÃO JOSÉ** Inscrição Estadual: **Isento**
CPF/CNPJ: **86.185.220/0006-67** Inscrição Municipal: **642** Telefone: **(047) 3533-7150**
Endereço: **PRAÇA IRMÃ PAULINA Número: 470 Bairro: CENTRO CEP: 88400-000**
Complemento:
Município: **Ituporanga** UF: **SC**
E-mail: **nfe@hbj.org.br** Site: **www.hbj.org.br**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome fantasia: **HOSPITAL VIDAL RAMOS**
Nome: **FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL AO TRABALHADOR** Inscrição Estadual: **isento**
CPF/CNPJ: **83.181.297/0001-66** Inscrição Municipal:
Endereço: **RUA LEOBERTO LEAL Número: 239 Bairro: CENTRO CEP: 88443-000**
Complemento:
Município: **Vidal Ramos** UF: **SC**
E-mail: Telefone: **(47) 3356-1171** Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| | Valor Unitário | Qtd | Valor do Serviço | Base de Cálculo | (%) | ISS |
|--|----------------|--------|------------------|-----------------|----------|--------|
| Servicos Hospitalares Convenio Laboratorio Vidal Ramos ref 08/2024 Conta para Deposito Banco do Brasil Agencia 1389-7 C/C 50004-6 | 5.418,0000 | 1,0000 | 5.418,00 | 5.418,00 | x 0,02 = | 0,0000 |

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 |
| Pgto. à vista | VALOR BRUTO DA NOTA = R\$ 5.418,00 | | | VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 5.418,00 | |

Código dos serviços :
0403 - 04.03 - IHospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

| Desc. Condicionado(R\$) | Desc. Incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de Cálculo(R\$) | Alíquota(%) | Valor ISS(R\$) |
|-------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|-------------|----------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | 0,00 | 5.418,00 | 2,00 | 0,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: **Isenção** Número do atendimento:
Situação Tributária do ISSQN: **Imune**
Local da prestação do serviço: **Ituporanga**
Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 17.407/2008 e 17.408/2008.
Os serviços referentes a esta NFS-e são Isento/Imunes.
<http://ituporanga.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/816703092416554>

Protocolo Convênio

| | | Valores | | | | |
|----------------------------|---|--------------|-------------|---------------|-----------------|-----------------|
| | | QT | Filme | C.Op. | Honor | Total |
| LABORATORIO 08/2024 | | 74070 | | | | |
| Total | 28010256 Amilase | 2 | 0,00 | 0,00 | 42,00 | 42,00 |
| Total | 28100670 Antibiograma Automatizado | 17 | 0,00 | 0,00 | 357,00 | 357,00 |
| Total | 28010299 Bilirrubina Total E Fracoes | 5 | 0,00 | 0,00 | 105,00 | 105,00 |
| Total | 28010329 Calcio | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28010540 Creatinina | 24 | 0,00 | 0,00 | 504,00 | 504,00 |
| Total | 28010558 Creatino Fosfoquinase | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28010566 Creatino Fosfoquinase - Fracao Mb | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 40310400 Cultura Automatizada | 1 | 0,00 | 21,00 | 0,00 | 21,00 |
| Total | 28100581 Culturas Em Geral Compreendendo Cito-Parasitologico (Quando Necessario) Bacterioscopico E Ind. Bacte | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28010655 Desidrogenase Latica | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28010850 Fosfatase Alcalina | 5 | 0,00 | 0,00 | 105,00 | 105,00 |
| Total | 28010957 Gama-Glutamil Transferase | 5 | 0,00 | 35,00 | 70,00 | 105,00 |
| Total | 28010965 Gasometria (Ph,Pco2,Po2,Bic,Sat.O2, Excesso Base) | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28010973 Glicose | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28050347 Gonadotrofina Corionica (B-Hcg) (Rie Ou Eie) | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28040481 Hemograma Completo (Eritrograma + Leocograma + Avaliacao De Plaquetas) | 26 | 0,00 | 0,00 | 546,00 | 546,00 |
| Total | 28011120 Magnesio | 6 | 0,00 | 0,00 | 126,00 | 126,00 |
| Total | 28011210 Potassio | 20 | 0,00 | 0,00 | 420,00 | 420,00 |
| Total | 28060865 Proteina C. Reativa, Determinacao Quantitativa Da | 24 | 0,00 | 0,00 | 504,00 | 504,00 |
| Total | 28040660 Reticulocitos, Contagem De | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28130367 Rotina De Urina (Caracteres Fisicos, Elementos Anormais E Sedimentoscopia) Exame De | 25 | 0,00 | 0,00 | 525,00 | 525,00 |
| Total | 28011279 Sodio | 19 | 0,00 | 0,00 | 399,00 | 399,00 |
| Total | 28040767 Tempo De Sangramento (Duke) | 1 | 0,00 | 0,00 | 21,00 | 21,00 |
| Total | 28040791 Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado | 2 | 0,00 | 42,00 | 0,00 | 42,00 |
| Total | 28040732 Tempo Dre Protrombina | 2 | 0,00 | 42,00 | 0,00 | 42,00 |
| Total | 28011368 Transaminase Oxalacetica (Amino Transferase Aspartato) TGO | 11 | 0,00 | 157,52 | 73,48 | 231,00 |
| Total | 28011376 Transaminase Piruvica (Amino Transferase Alanina) | 11 | 0,00 | 157,52 | 73,48 | 231,00 |
| Total | 28011783 Troponina | 6 | 0,00 | 0,00 | 126,00 | 126,00 |
| Total | 28011414 Ureia | 24 | 0,00 | 0,00 | 504,00 | 504,00 |
| Total | 28100549 Urina Com Contagem De Colonias, Cultura De | 13 | 0,00 | 0,00 | 273,00 | 273,00 |
| LABORATORIO 08/2024 | | 258 | 0,00 | 455,04 | 4.962,96 | 5.418,00 |
| Total Geral | | 258 | 0,00 | 455,04 | 4.962,96 | 5.418,00 |

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V
Agência 2775-8
Conta corrente 31954-6

Creditado


Nome HOSPITAL BOM JESUS
Agência 1389-7
Conta corrente 50004-6
Valor 5.418,00
Destinação 0
Data Nesta data



| | | |
|--------------|----------------------------|---------------------|
| Assinada por | JF522036 ELIANA DALSENTER | 10/09/2024 17:21:18 |
| | JE636747 MARCIANO DE SOUZA | 10/09/2024 17:22:59 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

| | | |
|--|--|----------------------|
|  PREFEITURA MUNICIPAL DE VIDAL RAMOS SETOR DE TRIBUTOS NOTA FISCAL ELETRÔNICA | Número do RPS | Número da nota 45 |
| | Data da emissão da nota 10/09/2024 17:10:53 | |
| | Data do fato gerador 10/09/2024 17:10:53 | |
| | Código de verificação Z14C3BT42 | |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: RC BOING NUTRICAÇÃO
Nome/Razão social: RUBIA CRISTINA BOING - ME
CPF/CNPJ: 40.496.873/0001-51 Inscrição municipal: 703
Endereço: ROD SC 110 Número: SN Bairro: SANTA LUIZA. CEP: 88443-000
Complemento: KM 30
Município: Vidal Ramos UF: SC
E-mail: rubia.boing@gmail.com Site:

Inscrição estadual:
Telefone: (47) 3356-1621
Celular: (47) 99765-9138

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
Nome/Razão social: FUND. MED. ASSIST. TRAB. RURAL DE VIDAL RAMOS
CPF/CNPJ: 83.181.297/0001-66 Inscrição municipal: 3932 Inscrição estadual:
Endereço: LEOBERTO LEAL Número: 239 Bairro: CENTRO CEP: 88443-000
Complemento:
Município: Vidal Ramos UF: SC
E-mail: hospitalvr@hotmail.com Telefone: (47) 3356-1171 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| | Valor unitário | Qtd | Valor do serviço | Base de cálculo (%) | ISS |
|---|----------------|--------|------------------|---------------------|-------|
| Horas de atividades profissionais de nutrição . | 1.700,0000 | 1,0000 | 1.700,0000 | 1.700,00x2,17 = | 36,89 |

Forma de Pagamento

| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
|---------|------------|---------|-------------|---------|------------|------|-------------|---------|------------|------|-------------|
| 1 | | À vista | 1.700,00 | | | | | | | | |

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\$ 1.700,00 | | | Valor líquido = R\$ 1.700,00 | | |

Códigos dos serviços:

04.10 - Nutrição.

| Desc. condicionado(R\$) | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS(R\$) |
|-------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|----------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.700,00 | 36,89 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na lei 1886/2014 de 15/10/2014.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.17%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 228,65 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 35,36 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade



G333101718463997013
10/09/2024 17:22:59

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V
Agência 2775-8
Conta corrente 31954-6

Creditado



Nome RUBIA CRISTINA BOING
Agência 2775-8
Conta corrente 11034-5
Valor 1.700,00
Destinação 0
Data Nesta data



| | | |
|--------------|----------------------------|---------------------|
| Assinada por | JF522036 ELIANA DALSENTER | 10/09/2024 17:20:45 |
| | JE636747 MARCIANO DE SOUZA | 10/09/2024 17:22:59 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

| RECEBEMOS DE (I. TRAPP & CIA LTDA - ITUPORANGA) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. Emissão : 20/08/2024 Dest/Remete: FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS Valor Total : 445,00 | | Nº | NF-e 20.870 | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------|--------------|--------|-----------|---------------|----------|---------|-----------|
| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS | SÉRIE | 001 | | | | | | | | |
|  I. TRAPP & CIA LTDA - ITUPORANGA AV. BRASIL, 69, SANTO ANTONIO ITUPORANGA SC CEP: 88400-000 Fone - () Email: itrapp.liquigas@gmail.com; estoque.itu2@gmail.com | | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA 1 Nº 20.870 SÉRIE 001 FOLHA 1 de 1 | | | | | | | | | |
| | |  CHAVE DE ACESSO 4224 0502 6661 5900 0418 5500 1000 0208 7011 2180 1108 Consulta de Autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240128636710 20-08-2024 7:59:51 | | | | | | | | | |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE COMB OU LUB ADQ OU REC DE TERCEIROS DESTINADOS A CONSUMIDOR FÍSICAL | | DADOS DA NF-e | | | | | | | | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 256.027.803 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO | CNPJ 02.666.159.0004-13 | | | | | | | | | |
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | | | | | | | | | | |
| NOME - RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS | | CPF - CNPJ 85.131.297.0001-66 | DATA DA EMISSÃO 20-08-2024 | | | | | | | | |
| ENDEREÇO RUA LEOBERTO LEAL, 0, | | BAIRRO - DISTRITO CENTRO | CEP 88443-000 | | | | | | | | |
| MUNICÍPIO VIDAL RAMOS | FONE FAX (47) 3356-1171 | UF SC | INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO | | | | | | | | |
| HORA DE ENTRADA / SAIDA 7:58 | | | | | | | | | | | |
| FATURA / DUPLICATA | | | | | | | | | | | |
| 19/09/24 20870 - 1 1 445,00 | | | | | | | | | | | |
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | | | | | | | | |
| VALOR APROX. TRIBUTOS 73,65 | VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | | | | | | | | |
| OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | | VALOR DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 445,00 | | | | | | | | |
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL I. TRAPP & CIA LTDA | | FRETE POR CONTA 3 - Transporte Próprio por conta do Remetente | CODIGO ANTI PLACA VEICULO UF SC | | | | | | | | |
| ENDEREÇO AV. BRASIL 69 SANTO ANTONIO | | MUNICÍPIO ITUPORANGA | INSCRIÇÃO ESTADUAL 256.027.803 | | | | | | | | |
| VOLUMES 1 | ESPECIE ESPECIE | MARCA MARCA | NUMERAÇÃO PESO BRUTO 45,000 PESO LÍQUIDO 0,000 | | | | | | | | |
| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | |
| CODIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS | QUANT | UNID | OTDE | VLR UNITARIO | DESC | VLR TOTAL | B. CALC. ICMS | VLR ICMS | VLR IPI | VLR TOTAL |
| 3 | GAS (GLP) ACOND. CILINDRO 45 KG Trib Aprox R\$ 73,65 Estadual Fonte: IBPT | 27111910 | 051 | 5.656 | UN | 1,0000 | 445,0000 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CÁLCULO DO ISSQN | | | | | | | | | | | |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR DO TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00 | VALOR DO ISSQN 0,00 | | | | | | | | |
| DADOS ADICIONAIS | | RESERVADO AO FISCO | | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | | | | | | | | | | | |



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 04939.018489 31607.790008 1 98440000044500

| | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------|--|
| Local de Pagamento ATE O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ, APÓS O VENCIMENTO SOMENTE NO ITAÚ | | | | | Vencimento 19/09/2024 |
| BENEFICIÁRIO I. TRAPP & CIA LTDA - ITUPORANGA 02.666.159/0004-18 AV. BRASIL, 69, SANTO ANTONIO, CEP 89400-000 - ITUPORANGA/SC | | | | | Agência / Código do Beneficiário 8460/16377-9 |
| Data Documento 20/08/2024 | No. do Documento 0020870-01 | Espécie Doc. DMI | Acerto R | Data Processamento 20/08/2024 | Nosso Número 109.00145390-1 |
| Uso do Banco | Carteira 105 | Espécie R\$ | Quantidade | x Valor | (=) Valor do Documento 445,00 |
| Instruções: Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente. APÓS O VENCIMENTO COBRAR R\$ 8,90 DE MULTA. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 0,15 AO DIA. APÓS VENC COBRAR MULTA DE 2% AO MÊS E JUROS 0,000 AUSENCIA DE INSTRUÇÕES | | | | | (-) Desconto / Abatimento (-) Outras Deduções (-) Mora / Multa (-) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado |
| PAGADOR: FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS 83.181.297/0001-66 RUA LEOBERTO LEAL, 0 - 89443-000 CENTRO - VIDAL RAMOS/SC | | | | | Código de Barra |
| Sacador/Avalista: | | | | | |



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

Corte na Linha Pontilhada

Firefox

https://autoatendimento.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSess



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3321108402268001
11/09/2024 08:44:25

11/09/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:44:26
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080493901848931607790008198440000044500

BENEFICIÁRIO:

I TRAPP CIA LTDA

NOME FANTASIA:

I TRAPP CIA LTDA

CNPJ: 02.666.159/0001-75

BENEFICIÁRIO FINAL:

I TRAPP CIA LTDA

CNPJ: 02.666.159/0001-75

PAGADOR:

FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL A

CNPJ: 83.181.297/0001-66

| | |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO | 91.101 |
| DATA DE VENCIMENTO | 19/09/2024 |
| DATA DO PAGAMENTO | 11/09/2024 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 445,00 |
| VALOR COBRADO | 445,00 |

NR.AUTENTICACAO B.B59.3FD.B3C.C0B.13F

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5570

| | | |
|--|--|---------------------------|
| RECEBEMOS DE DP MED ASSISTENCIA E COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E HOSPI OS PRODUTOS E SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | NF-e Nº 833 Série 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO DE ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|--|--|---|
|  DP MED ASSISTENCIA E COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E HOSPI RUA RAFAEL ROSSA, 290 FUNDO CANOAS - 89163-512 RIO DO SUL - SC - Fone: (47) 98818-5531 | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/> 1 Nº 833 SÉRIE: 1 PÁGINA 1 DE 1 | CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42240833200698000148550010000008331031471612 |
| | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada. | |

| | |
|---|---|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda Dentro do Estado | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240133210752 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 260080268 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. 33.200.698/0001-48 |

| | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| DESTINATÁRIO/EMITENTE NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO MEDICA ASSISTENCIAL AO TRABALHADOR RURAL DE VIDAL R | CNPJ/CPF 83.181.297/0001-66 | DATA DE EMISSÃO 22/08/2024 |
| ENDEREÇO LEOBERTO LEAL, 239 NAO INFORMADO | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 88443-000 |
| MUNICÍPIO Vidal Ramos | UF SC | INSCRIÇÃO ESTADUAL |

FATURA

| CALCULO DO IMPOSTO | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|
| BASE DE CÁLC. DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CALC. DO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS ST 0,00 | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. 0,00 | VALOR DO FCP 0,00 | VALOR DO PIS 0,00 | V. TOTAL DE PRODUTOS 2322,00 | |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESP. 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 | V. ICMS UF DEST. 0,00 | V. APROX. DO TRIBUTADO 0,00 | VALOR DA COFINS 0,00 | V. TOTAL DA NOTA 2322,00 | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------|----------------|----|----------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | FRETE POR CONTA 0 - Emitente 1 - Destinatário 2 - Terceiros <input checked="" type="checkbox"/> 0 | CÓDIGO ANTT | PLACA | UF | CNPJ/CPF |
| RAZÃO SOCIAL | MUNICÍPIO | UF | INSC. ESTADUAL | | |
| ENDEREÇO | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCMSH | CST | CFOP | UN | QTD. | VLR. UNIT | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---------------|---|----------|------|------|-----|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| 0000000000656 | CONJUNTO CARDIOCLIP COLORIDO | 90189099 | 0102 | 5102 | UND | 1,000 | 195,00 | 195,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| 2000000000109 | TEFLON PARA SELADORA | 85168090 | 0102 | 5102 | UN | 1,000 | 75,00 | 75,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| 0000000000741 | BRACADEIRA COM MANGUITO PARA ESFIGMOMANOMETRO OBESO | 90189069 | 0102 | 5102 | UN | 1,000 | 45,00 | 45,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| 2000000000058 | PA ADESIVA ADULTO - DESFIBRILADOR INSTRAMED | 90181990 | 0102 | 5102 | UN | 1,000 | 816,00 | 816,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| 2000000000059 | PA ADESIVA INFANTIL DESFIBRILADOR INSTRAMED | 90181990 | 0102 | 5102 | UN | 1,000 | 816,00 | 816,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| 2000000000104 | SENSOR DE OXIMETRIA ADULTO | 90181980 | 0102 | 5102 | UN | 1,000 | 375,00 | 375,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |


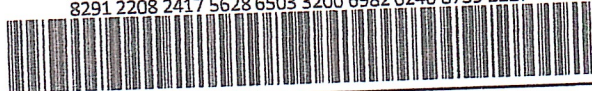
| | | | | |
|------------------|---------------------|---|---|-------------------------------|
| CALCULO DO ISSQN | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00 | VALOR DO ISSQN 0,00 |
|------------------|---------------------|---|---|-------------------------------|

| | |
|--|------------------|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES BOLETO 1º VENC.: 20/09/2024; BOLETO 2º VENC.: 20/10/2024; BOLETO 3º VENC.: 19/11/2024; BOLETO 4º VENC.: 19/12/2024. DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL; NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI. DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, ISS E IPI. | RESERVA AO FISCO |
|--|------------------|

| | | |
|---|---|--|
| Recebi da empresa DPMED ASSISTENCIA E COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA a NFS-e discriminada ao lado | | NFS-e Nº 1135 |
| Data do Recebimento | Identificação e Assinatura do Recebedor | Cód. Autenticidade 8291220824175628650332006982024087392227 |

| | | |
|--|--------------------------------|--|
|  <p>DPMED ASSISTENCIA E COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA DPMED - COMERCIO E ASSIST. DE EQUIP. MEDICOS-HOSPITALAR CNPJ: 33.200.698/0001-48 RAFAEL ROSSA - SALA 01, 290 CEP: 89.163-512 - Bairro: FUNDO CANOAS Município: RIO DO SUL - SANTA CATARINA Telefone: (47) 98818-5531 - Celular: (47) 98818-5531 - Whatsapp: (47) 98818-5531 Email: contato@dpmed.com.br Insc. Municipal: 171612 Insc. Estadual: 0</p> | Número da NFS-e 1135 |  Autenticidade |
| | Situação Emitida | |
| | Tipo Preenchido | |
| | | |

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

| | | |
|--|--|--|
|  <p>ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DO SUL SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA</p> | Identificador 8291 2208 2417 5628 6503 3200 6982 0240 8739 2227  | |
| | Data Fato Gerador 22/08/2024 | Data/Hora Emissão 22/08/2024 17:56 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|--|--|
| Nome/Razão Social FUNDAÇÃO MEDICA ASSISTENCIAL AO TRABALHADOR RURAL DE VIDAL RAMOS | CPF/CNPJ 83.181.297/0001-66 |
| Endereço LEOBERTO LEAL | Número 239 Complemento NÃO INFORMADO |
| Bairro CENTRO | CEP 88443000 Cidade - Estado Vidal Ramos - SC |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|-----------------|-------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|-----------|
| 1401 | 8291 | 2,3455% | TI | 5.150,00 | 0,00 | 0,00 | 120,79 |
| Descrição do Serviço: Manutenção Preventiva/Calibração com certificação rastreável RBC em 06 und Esfigmomanômetro, 03 und Monitor de Pacientes, 02 und Bomba de Infusão, 01 und Cardioversor, 02 und Oxímetro Portátil, 01 und Eletrocardiógrafo, 01 und Seladora, 01 und Mini Incubadora, 01 und Ventilador Pulmonar, 01 und Desfibrilador, 02 und Aspirador Cirúrgico, 01 und Balança Adulto, 01 und Balança Infantil, 02 und Detector Fetal Manutenção Preventiva em 01 und Autoclave Hospitalar. | | | | | | | |
| Valor Total | | Desconto | | Dedução | | Base de Cálculo | |
| 5.150,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 5.150,00 | |
| ISSQN | | IR | | CSLL | | COFINS | |
| 120,79 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | |
| PIS | | Outras Retenções | | Total Trib. Federais | | Valor Líquido | |
| 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 5.150,00 | |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DADOS PARA PAGAMENTO

BOLETO 1º VENC.: 20/09/2024; BOLETO 2º VENC.: 20/10/2024; BOLETO 3º VENC.: 19/11/2024; BOLETO 4º VENC.: 19/12/2024.

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

1401 Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de máquinas, veículos, aparelhos, equipamentos, motores, elevadores ou de qualquer objeto (exceto peças e partes empregadas, que ficam sujeitas ao ICMS).

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8291 Rio do Sul

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(1401) 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: 186/2019 de 16/05/2019 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
<https://riodosul.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: 25/09/2024

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$692,67 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$241,54 (4,69%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

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

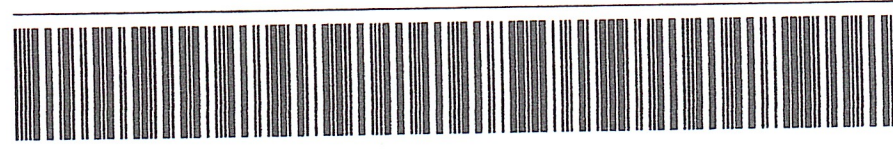


001-9

00190.00009 03362.534004 00000.314179 2 98450000186800

| | | | | | |
|--|--|--------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Local do Pagamento Pagar preferencialmente nos canais de autoatendimento do Banco do Brasil. | | | | | Data de Vencimento 20/09/2024 |
| Nome do Beneficiário DPMED ASSISTENCIA E COM DE EQUIPS MEDICO | | | CNPJ 33.200.698/0001-48 | Agência/Código do Beneficiário 0276-3/66911-3 | |
| Data do Documento 22/08/2024 | Nr. do documento 001135000833-01 | Espécie Doc DM | Aceite N | Data Processamento 22/08/2024 | Nosso Número 00033625340000000314 |
| Uso do Banco | Carteira 17 | Espécie R\$ | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento 1.868,00 |
| Informações de Responsabilidade do Beneficiário | | | | | (-) Desconto/Abatimento 0,00 |
| JRS: V1 p/Dia Atraso R\$3,74 A PARTIR DE 21/09/24 | | | | | (+) Juros/Multa 0,00 |
| MULTA DE R\$ 37,36 A PARTIR DE 21/09/2024 | | | | | (=) Valor Cobrado 1.868,00 |

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Nome do Pagador / Endereço FUNDAÇÃO MEDICA ASSISTENCIAL AO TRAB. RURAL DE V RUA LEOBERTO LEAL 88443-000 VIDAL RAMOS SC | | CNPJ 83.181.297/0001-66 |
| Beneficiário Final | | CPF / CNPJ |



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Firefox

<https://autoatendimento.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSess>

11/09/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:44:26
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V
 AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6
 =====
 BANCO DO BRASIL
 =====
 00190000090336253400400000314179298450000186800
 BENEFICIARIO:
 DPMED ASSISTENCIA E COM DE EQU
 NOME FANTASIA:
 DPMED ASSISTENCIA E COM DE EQUIPS M
 CNPJ: 33.200.698/0001-48
 PAGADOR:
 FUNDAÇÃO MEDICA ASSISTENCIAL AO TRA
 CNPJ: 83.181.297/0001-66
 =====

NR. DOCUMENTO 91.102
 NOSSO NUMERO 33625340000000314
 CONVENIO 03362534
 DATA DE VENCIMENTO 20/09/2024
 DATA DO PAGAMENTO 11/09/2024
 VALOR DO DOCUMENTO 1.868,00
 VALOR COBRADO 1.868,00
 =====
 NR. AUTENTICACAO 8.788.147.5C6.E97.9A3
 =====

Central de Atendimento BB
 4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
 0800 729 0001 Demais localidades.
 Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
 0800 729 0722
 Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
 produtos e servicos.

Ouvidoria
 0800 729 5678
 Reclamacoes nao solucionadas nos canais
 habituais agencia, SAC e demais canais de
 atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fal...

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Recebemos de VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 28/08/2024 Dest/Rem: F.M.A.T.R VIDAL RAMOS Valor Total: 620,00 | | NF-e Nº 000.015.349 Série 001 |
| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|--|---|---|
| VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME RUA 13 DE AGOSTO, 272, SALA 2 BLOCO B - NAVEGANTES - RIO DO SUL - SC - CEP: 89160-000 Fone: (47)3522-7095 | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA Nº 000.015.349 SÉRIE 001 FOLHA 1/1 |  |
| | | CHAVE DE ACESSO 4224 0806 2231 7900 0122 5500 1000 0153 4917 0103 9149 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DIRETA - - | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240139854361 28/08/2024 09:59:03 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 254755208 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | CNPJ 06.223.179/0001-22 |

| | | | |
|--|----------|----------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL F.M.A.T.R VIDAL RAMOS | | CNPJ / CPF 83.181.297/0001-66 | DATA DA EMISSÃO 28/08/2024 |
| ENDEREÇO RUA LEOBERTO LEAL, 001 | | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | CEP 88443-000 |
| MUNICÍPIO VIDAL RAMOS | UF SC | TELEFONE / FAX (47)3356-1171 | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | HORA DA SAÍDA 09:58:00 |

| | | |
|---------------|-----------------|---|
| FATURA | DADOS DA FATURA | Número: 15349 - Valor Original: R\$ 620,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 620,00 |
|---------------|-----------------|---|

| | |
|-------------------|-------------------------|
| DUPLICATAS | Número : 001 |
| | Vencimento : 23/09/2024 |
| | Valor : R\$ 620,00 |

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00 | VALOR DO ICMS SUBST. 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 620,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 620,00 |

| | | | | | | |
|--|---------|----------------------------------|------------|------------------|--------------|------------------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL A MESMA | | FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE | CÓDIGO ANT | PLACA DO VEÍCULO | UF SC | CNPJ / CPF |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO RIO DO SUL | | | UF SC | INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO |
| QUANTIDADE 4 | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|----------|-------|------|-------|-------|----------------|------------|---------------|--------------------|------------|-----------|---------------------|------|
| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QTDE. | VALOR UNITÁRIO | % DESCONTO | VALOR LÍQUIDO | BASE DE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. % ICMS IPI | |
| 5 | OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 1M3 ONU 1072/CLASSE 2.2/N DE RISCO 25 | 28044000 | 0101 | 5102 | UN | 1,00 | 90,00 | 0,00 | 90,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 6 | OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 3M3 ONU 1072/CLASSE 2.2/N DE RISCO 25 | 28044000 | 0101 | 5102 | UN | 1,00 | 130,00 | 0,00 | 130,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 8 | OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 10M3 ONU 1072/CLASSE 2.2/N DE RISCO 25 | 28044000 | 0101 | 5102 | UN | 2,00 | 200,00 | 0,00 | 400,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EMPRESA OPTANTE SIMPLES NACIONAL DECLARAMOS QUE O PRODUTO ESTA ADEQUADAMENTE ACONDICIONADO PARA SUPORTAR OS RISCOS NORMAIS DE CARREGAMENTO, DESCARREGAMENTO, TRANSPORTE E TRANSBORDO. DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO DEC 96044/88 RESOL. 420/2004. | |



085-0

08591.15008 20028.588901 00010.042018 1 98480000062000

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|
| Local de Pagamento Pagar preferencialmente nas cooperativas do Sistema AILOS. | | | | | Vencimento 23/09/2024 |
| Beneficiário VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME | | | CNPJ/CNPIS 06.223.179/0001-22 | Agência / Código do Beneficiário 0115-5/28588-9 | |
| Data do Documento 28/08/2024 | Nº do Documento 15349/0001 | Especie Doc DM | Acerto N | Data de Processamento 28/08/2024 | Número Número / Cód. do Documento 00285889000010042 |
| Moeda do Banco R\$ | Carteira 01 | Especie Moeda R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda | (F) Valor do Documento 620,00 |
| Instruções APOS VENCIMENTO, COBRAR: 1,00% JUROS AO MES E MULTA DE 2,00% | | | | | (H) Desconto / Abatimento |
| | | | | | (I) Outras Deduções |
| | | | | | (J) Mora / Multa |
| | | | | | (K) Outros Acréscimos |
| | | | | | (L) Valor Cobrado |
| Pagador F.M.A.T.R VIDAL RAMOS - 83.181.297/0001-66 RUA LEOPOLDO LEAL, 1 88443000 - CENTRO - VIDAL RAMOS SC | | | | | Código de Barra |
| Beneficiário Final | | | | | Assessoria Médica |

FICHA DE COMPENSAÇÃO



Firefox

https://autoatendimento.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSess:

11/09/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:44:26
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6
=====

COOPERATIVA CENTRAL DE CREDITO

08591150082002858890100010042018198480000062000

BENEFICIARIO:

VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA

NOME FANTASIA:

VI GASES

CNPJ: 06.223.179/0001-22

BENEFICIARIO FINAL:

VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME

CNPJ: 06.223.179/0001-22

PAGADOR:

F.M.A.T.R VIDAL RAMOS

CNPJ: 83.181.297/0001-66

NR. DOCUMENTO 91.103

DATA DE VENCIMENTO 23/09/2024

DATA DO PAGAMENTO 11/09/2024

VALOR DO DOCUMENTO 620,00

VALOR COBRADO 620,00

NR.AUTENTICACAO 8.75F.F31.BD4.E57.190

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Classificação / Modalidade Tarifária / Tipo de Fornecimento:

COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVI - B3 Optante B demais classes - TRIFÁ

Iluminação pública: Vidal Ramos - (47) 3356-1122

NOME: FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO
TRAB RUR DE VIDAL

CPF/CNPJ: 83.181.297/0001-66

ENDEREÇO: JORGE LACERDA 1180 - CENTRO -
VR

CEP: 88443-000 CIDADE: VIDAL RAMOS SC

UNIDADE CONSUMIDORA

583669

Cliente: 5177090

Etapa: 45

Grupo/Subgrupo Tensão: B/B3

Reservado ao Fisco



NOTA FISCAL Nº 012534456 SERIE:001 DATA EMISSAO: 06/08/2024

Consulte Chave de Acesso em:

<https://sat.sef.sc.gov.br/nf3e/consulta>

Chave de Acesso:

42240808336783000190660010125344561020609814

Protocolo de Autorização: 3.422.400.008.763.689 - 06/08/2024 às 22:59

| REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|------------|---------------|
| 07/2024 | 25/09/2024 | R\$ 3.189,81 |

Comunicado importante

| Leitura Anterior | Leitura Atual | Dias | Origem da Leitura | Próxima Leitura |
|------------------|---------------|------|-------------------|-----------------|
| 30/06/2024 | 31/07/2024 | 31 | Lida | 31/08/2024 |

| Bandeira Tarifária | Dias |
|--------------------|------|
| Bandeira Amarela | 31 |

| Medidor | Grandeza | Postos Horários | Leitura Anterior | Leitura Atual | Constante | Perdas (%) | Total Apurado |
|----------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|-----------|------------|---------------|
| 42140969 | Energia | Único | 3.038.931 | 3.116.514 | 0,06000 | 2,50 | 4.771,355 |
| 42140969 | Energia reativa | Único | 0 | 0 | 0,06000 | 2,50 | 0 |

| Tributo | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|---------|-----------------------|--------------|-------------|
| PIS | 3.032,27 | 0,66 | 20,02 |
| COFINS | 3.032,27 | 3,07 | 93,10 |
| ICMS | 0 | 0,00 | 0,00 |

| Itens de Fatura | Unid. | Qtd. | Preço unit. c/ trib. (R\$) | Valor (R\$) | COFINS/ PIS (R\$) | Base Cál. ICMS (R\$) | Alíquota ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit. (R\$) |
|-----------------------|-------|-----------|----------------------------|-----------------|-------------------|----------------------|-------------------|------------|--------------------|
| (0D) Consumo TE | KWH | 4.771,355 | 0,303907 | 1.450,05 | 54,09 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,292570 |
| (0E) Consumo TUSD | KWH | 4.771,355 | 0,312031 | 1.488,81 | 55,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,300390 |
| (2L) Bandeira Amarela | KWH | 4.771,355 | 0,019581 | 93,43 | 3,49 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,018850 |
| SUBTOTAL | | | | 3.032,29 | | | | | |
| (C0) COSIP Municipal | | 0,000 | 0,000000 | 157,52 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,000000 |
| SUBTOTAL | | | | 157,52 | | | | | |
| TOTAL | | | | 3.189,81 | | | | | |

LEGENDA: (0D) Consumo TE | (0E) Consumo TUSD | (2L) Bandeira Amarela | (C0) COSIP Municipal Vidal Ramos

| | CON | UFE |
|--------|------|------|
| JUL/24 | 4771 | 0 |
| JUN/24 | 4377 | 0 |
| MAI/24 | 5362 | 0 |
| ABR/24 | 6493 | 0 |
| MAR/24 | 8651 | 1086 |
| FEV/24 | 8311 | 1059 |
| JAN/24 | 7574 | 848 |
| DEZ/23 | 7802 | 928 |
| NOV/23 | 8109 | 911 |
| OUT/23 | 4067 | 402 |
| SET/23 | 3932 | 422 |
| AGO/23 | 3857 | 311 |
| JUL/23 | 3938 | 272 |

EM CASO DE PAGAMENTO EM ATRASO:
Multa de 2% + Correção Monetária pelo IPCA (pro rata die) + Juros de Mora 1% ao mês (pro rata die) a serem cobrados em fatura posterior

Mensagens:



Beneficiário: Celesc Distribuição SA - CNPJ 08336783/0001-90
Av. Itamarati, nº 160 - Itacorubi - Florianópolis - SC CP: 88.034-900
Agência / Código Cedente: 0348-4/0136136-8

BRADESCO

237-2

PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA

23790.3480090134.01003397013.613605998500000318981

Pagador: FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL

CPF/CNPJ:

Endereço: JORGE LACERDA 1180 - CENTRO - VR

CEP: 88443-000 Cidade: VIDAL RAMOS SC

Código para Cadastro em Débito Automático:

583669

| Data Documento | Número Referência | Unidade Consumidora | Nosso Número | Referência | Vencimento | Total a Pagar (R\$) |
|----------------|-------------------|---------------------|--------------|------------|------------|---------------------|
| 06/08/2024 | 202408-012534456 | 0000583669 | 13401003972 | 07/2024 | 25/09/2024 | 3.189,81 |



11/09/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:44:26
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6
=====

BCO BRADESCO S.A.

23790348009013401003397013613605998500000318981

BENEFICIARIO:

CELESC DISTRIBUICAO SA

NOME FANTASIA:

CELESC DISTRIBUICAO SA

CNPJ: 08.336.783/0001-90

BENEFICIARIO FINAL:

CELESC DISTRIBUICAO SA

CNPJ: 08.336.783/0001-90

PAGADOR:

FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRA

CNPJ: 83.181.297/0001-66

NR. DOCUMENTO 91.104

DATA DE VENCIMENTO 25/09/2024

DATA DO PAGAMENTO 11/09/2024

VALOR DO DOCUMENTO 3.189,81

VALOR COBRADO 3.189,81
=====

NR.AUTENTICACAO C.5E7.4DB.376.EDA.D04
=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678


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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala



0800 729 0088

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

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

| | | |
|---|------------------------|--|
| WALTRICK SERVICOS MEDICOS S/S CNPJ: 27.300.815/0001-42 Coronel Feddersen - sala, 1065 CEP: 89.190-000 - Bairro: CENTRO Município: TAIÓ - SANTA CATARINA Telefone: (04) 93021-7519 - Celular: (49) 99971-9564 Email: adm@prccont.com.br Insc. Municipal: 701421 Insc. Estadual: | Número da NFS-e 342 |  Autenticidade |
| | Situação Emitida | |
| | Tipo Preenchido | |
| | | |

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

| | | |
|---|--|--|
|  ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE TAIÓ SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA | Identificador 8351 0209 2417 2712 6302 7300 8152 0240 9739 1644  | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data Fato Gerador 02/09/2024</td> <td style="width: 50%;">Data/Hora Emissão 02/09/2024, 17:27</td> </tr> </table> | Data Fato Gerador 02/09/2024 |
| Data Fato Gerador 02/09/2024 | Data/Hora Emissão 02/09/2024, 17:27 | |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|--|-----------------|-------------------------------------|
| Nome/Razão Social FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL | | CPF/CNPJ 83.181.297/0001-66 |
| Endereço RODOVIA ALAMEDA RODOVIA LEOBERTO LEAL | Número 239 | Complemento NÃO INFORMADO |
| Bairro CENTRO | CEP 88443000 | Cidade - Estado Vidal Ramos - SC |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Quant. | Unid. | Vlr. Unid. | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|--|--------|----------------------------|------------|-----------------------------|----------|--------------------------|---------------|----------------------|---------------|-----------|
| 403 | 1 | UN | 89.280,00 | 8377 | 4% | TIST | 89.280,00 | 0,00 | 0,00 | 3.571,20 |
| Descrição do Serviço: Referente plantões médicos prestados Competência: 08/2024 | | | | | | | | | | |
| Valor Total | | Desc. Incondicional | | Dedução | | Base de Cálculo | | ISSQN | | |
| 89.280,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 89.280,00 | | 0,00 | | |
| ISSRF | | IR | | INSS | | CSLL | | COFINS | | |
| 3.571,20 | | 1.339,20 | | 0,00 | | 892,80 | | 2.678,40 | | |
| PIS | | Outras Retenções | | Total Trib. Federais | | Desc. Condicional | | Valor Líquido | | |
| 580,32 | | 0,00 | | 5.490,72 | | 0,00 | | 80.218,08 | | |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dados para depósito

Banco: Unicred - 136
 Ag: 1501
 C/C: 102698-4
 Titular: Waltrick serviços médicos S/S

Chave pix: 27.300.815/0001-42

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.
 403 Hospitais, clínicas, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Legenda do Local de Prestação do Serviço
 8377 Vidal Ramos

Outras Informações
 TIST - Tributada Integralmente com Substituição Tributária
 (403) Serviço não tributável no município do prestador. O ISSQN é devido no município onde o serviço foi prestado.

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

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 161/2021 de 15/07/2021 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
<https://taio.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/8351020924172712630273008152024097391644>

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 21/10/2024

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$12.008,16 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$1.857,02 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

G332110840226800015
11/09/2024 08:45:43

DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

Agência 2775-8
Conta corrente 31954-6 F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V

Creditado

Banco 136 CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
Agência (sem DV) 1501 PAC LAGES UNICRED
Conta corrente (com DV) 1026984
CNPJ 27.300.815/0001-42
Nome favorecido WALTRICK SERVICOS MEDICOS S/S
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 91.105
Valor 80.218,08
Destinação 0
Data transferência 11/09/2024


"C" - CPF/CNPJ
diferente

Autenticação SISBB 171C154BBE0EB02F



| | | |
|--------------|----------------------------|---------------------|
| Assinada por | JF522036 ELIANA DALSENTER | 11/09/2024 08:27:09 |
| | JE636747 MARCIANO DE SOUZA | 11/09/2024 08:45:43 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

| | | | |
|--|-------------------------------|------------------|--|
| JGN RADIOLOGIA LTDA - JGN RADIOLOGIA CNPJ: 29.278.083/0001-67 COSTA E SILVA - SALA 01, 1455 CEP: 85.807-451 - Bairro: COQUEIRAL Município: CASCAVEL - PARANÁ Insc. Municipal: 630006826 - Insc. Estadual: Email: juniorgnunes@hotmail.com Telefone: (45) 99848-1316 - Celular: (45) 99848-1316 | Número da NFS-e 193 | Situação Emitida |  Autenticidade |
| | | Tipo Preenchido | |

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

| | |
|---|---|
|  ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE CASCAVEL SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS | Identificador 7493 0209 2418 3554 2702 9278 0832 0240 9739 1495  |
| | Data Fato Gerador 02/09/2024 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|--|-----------------|-------------------------------------|
| Nome/Razão Social FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS | | CPF/CNPJ 83.181.297/0001-66 |
| Endereço RUA LEOBERTO LEAL | Número SN | Complemento |
| Bairro CENTRO | CEP 88443000 | Cidade - Estado Vidal Ramos - SC |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|---|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------|------------------|
| 402 | 8377 | SIMPLES NACIONAL | TI | 15.900,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |
| Descrição do Serviço: REF A SERVIÇO DE MÃO DE OBRA TÉCNICA EM RADIOLOGIA NO MÊS DE AGOSTO 2024. | | | | | | | |
| Valor Total 15.900,00 | Desc. Incondicional 0,00 | Dedução 0,00 | Base de Cálculo 15.900,00 | 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 15.900,00 | | | |

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

402 Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8377 Vidal Ramos

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(402) 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: 69336/2020 de 28/08/2020 00:00:00


A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
<https://cascavel.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: 15/10/2024



Valor aproximado dos tributos: Federais R\$2.138,55 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$636,00 (4,00%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Observações: DADOS PARA PAGAMENTO - CHAVE PIX CNPJ: 29.278.083.0001/67 - AG: 3599 - C/C: 11000970-6

Modelo aprovado pelo DECRETO Nº 9.604, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2010.

| | | | |
|--|------------------------|------------------|--|
| JGN RADIOLOGIA LTDA - JGN RADIOLOGIA CNPJ: 29.278.083/0001-67 COSTA E SILVA - SALA 01, 1455 CEP: 85.807-451 - Bairro: COQUEIRAL Município: CASCAVEL - PARANÁ Insc. Municipal: 630006826 - Insc. Estadual: Email: juniorgnunes@hotmail.com Telefone: (45) 99848-1316 - Celular: (45) 99848-1316 | Número da NFS-e 194 | Situação Emitida |  Autenticidade |
| | | Tipo Preenchido | |

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
|  ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE CASCAVEL SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS | Identificador 7493 0209 2418 4218 7202 9278 0832 0240 9739 1496  | |
| | Data Fato Gerador 02/09/2024 | Data/Hora Emissão 02/09/2024 18:42 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|--|-----------------|-------------------------------------|
| Nome/Razão Social FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS | | CPF/CNPJ 83.181.297/0001-66 |
| Endereço RUA LEOBERTO LEAL | Número SN | Complemento |
| Bairro CENTRO | CEP 88443000 | Cidade - Estado Vidal Ramos - SC |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prestação | Alíquota | Situação Trib. | Valor Serviço | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS |
|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------|---------------|------------------|
| 402 | 8377 | SIMPLES NACIONAL | TI | 1.659,00 | 0,00 | 0,00 | SIMPLES NACIONAL |
| Descrição do Serviço: REF PRODUÇÃO DE LAUDOS EM AGOSTO 2024. | | | | | | | |
| Valor Total | Desc. Incondicional | Dedução | Base de Cálculo | ISSQN | | | |
| 1.659,00 | 0,00 | 0,00 | 1.659,00 | SIMPLES NACIONAL | | | |
| ISSRF | IR | INSS | CSLL | COFINS | | | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | |
| PIS | Outras Retenções | Total Trib. Federais | Desc. Condicional | Valor Líquido | | | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.659,00 | | | |

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

402 Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

Legenda do Local de Prestação do Serviço

8377 Vidal Ramos

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(402) 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: 69336/2020 de 28/08/2020 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
<https://cascavel.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: 15/10/2024

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$223,14 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$66,36 (4,00%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Observações: DADOS PARA PAGAMENTO: CHAVE PIX CNPJ: 29.278.083/0001-67 - AG: 3599 C/C 11000970-6 BANCO SANTANDER

Modelo aprovado pelo DECRETO Nº 9.604, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2010.

DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

Agência 2775-8
Conta corrente 31954-6 F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V

Creditado

Banco 33 BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Agência (sem DV) 3599 CRICIUMA-CENTRO
Conta corrente (com DV) 110009706
CNPJ 29.278.083/0001-67
Nome favorecido JGN RADIOLOGIA LTDA
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 91.106
Valor 17.559,00
Destinação 0
Data transferência 11/09/2024

"C" - CPF/CNPJ diferente

Autenticação SISBB 03186BA1874CF922

| | | |
|--------------|----------------------------|---------------------|
| Assinada por | JF522036 ELIANA DALSENTER | 11/09/2024 08:28:11 |
| | JE636747 MARCIANO DE SOUZA | 11/09/2024 08:45:43 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

| | |
|--------------------------------------|--|
| CPF/CNPJ do Empregador 83.181.297 | Nome/Razão Social do Empregador FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL |
|--------------------------------------|--|

| | | | |
|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| Núm. de Pág. 1 | Identificador 0124090426394898-4 | Tag 83181297 08/2024 MENSAL | Pagar este documento até 20/09/2024 às 21:59:59 (Brasília) |
|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|

Observações

Valor a recolher
6.353,67

Composição do Documento

| Competência | Quantidade Trabalhadores | FGTS Mensal | FGTS Rescisório | Indenização Compensatória | Encargos FGTS | Total |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------|---------------|-----------------|
| 08/2024 | 19 | 6.353,67 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6.353,67 |
| Total Geral: | | 6.353,67 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6.353,67 |

✓

Data de geração da Guia: 04/09/2024 às 10:00:49 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>





Emissão de comprovantes - 3o nível

G3321108402268001
11/09/2024 08:46:49

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/09/2024 - AUTOATENDIMENTO - 08.46.49
2775802775 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E000000020240911112959202686028
CNPJ DO PAGADOR: 83.181.297/0001-66
VALOR: R\$6.353,67
TARIFA: R\$10,00
DATA: 11/09/2024 - 08:46:23
COD PRODUTO: 1657ffa3c9d2432eab2b16e0ea3ab1cb
DEVEDOR: EDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL
CNPJ DO DEVEDOR: 83.***.***/*-66

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo
poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 11/09/2024 - 08:46:24

DOCUMENTO: 091107
AUTENTICACAO SISBB: 7.DAF.045.E16.1D9.7F3

Central de Atendimento BB
4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.-----
Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.