

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/07/2025 - AUTOATENDIMENTO - 16.06.01
0540100540 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: INSTITUTO M S D E ASSISTE
AGENCIA: 0540-1 CONTA: 56.782-5

=====

SOBRE A TRANSACAO

ID: E0000000020250702140207097393395
CNPJ DO PAGADOR: 28.700.530/0037-72
VALOR: R\$16.423,75
TARIFA: R\$10,00
DATA: 02/07/2025 - 15:43:08

PAGO PARA: Express Saude
CNPJ: 45.046.031/0001-11
CHAVE PIX: 45046031000111
INSTITUICAO: 60746948 BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0360 - CONTA: 0000000000002391376
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

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: 02/07/2025 - 15:43:09

=====

DOCUMENTO: 070206
AUTENTICACAO SISBB: 1.A14.90E.290.D53.FA3

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.

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES	Número do RPS	Número da nota 440
	Secretaria Municipal da Administração e Fazenda	Data da emissão da nota 03/04/2025 09:01:59	
		Data do fato gerador 03/04/2025 09:01:59	
		Código de verificação ZMBA6AVWD	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: EXPRESS SAUDE
Nome/Razão social: EXPRESS SAUDE LTDA
CPF/CNPJ: 45.046.031/0001-11 Inscrição municipal: 127163
Endereço: AV BELISARIO RAMOS Número: 3735 Bairro: Sagrado Coração de Jesus CEP: 88508-100
Complemento: SALA 64 EDIF NUMBER ONE
Município: Lages UF: SC
E-mail: dra.santos.jm@outlook.com Site:

Inscrição estadual:
Telefone: (49) 3222-3942
Celular: (49) 99937-1322

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL JOANA SCHMITT
Nome/Razão social: INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTENCIA SOCIAL E SAUDE DO CIDADAO
CPF/CNPJ: 28.700.530/0037-72 Inscrição municipal:
Endereço: JACOB MOMM Número: SN Bairro: CENTRO CEP: 88430-000
Complemento:
Município: Petrolândia UF: SC
E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Serviço prestado referente a horas de serviço plantão de radiologia no mês de março/2025.	17.500,0000	1,0000	17.500,0000	17.500,00x2,00=	350,00

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	16.423,75								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 113,75	R\$ 525,00	R\$ 0,00	R\$ 262,50	R\$ 175,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 17.500,00		Valor líquido = R\$ 16.423,75			

Códigos dos serviços:

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

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	17.500,00	350,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

a
Situação desta NFS-e: Normal
Dados para depósito:
Banco Bradesco SA
Agência: 0360
C.C: 239137-6
Odonto Express Ltda
Cnpj: 45.046.031/0001-11
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 2.353,75 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 369,25 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

CERTIFICO que o MATERIAL constante
deste documento foi RECEBIDO e aceito
PRESTADO

Em 03/04/2025

ASSINATURA



Verificar autenticidade