

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/02/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.43.11
0540100540 0001

Comprovante Pix

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

=====

SOBRE A TRANSACAO

ID: E0000000020260211131337176218215
CNPJ DO PAGADOR: 28.700.530/0037-72
VALOR: R\$600,00
TARIFA: R\$5,94
DATA: 11/02/2026 - 16:29:34

PAGO PARA: Isabela Leotta Sawada Servicos Medic
CNPJ: 60.081.055/0001-03
CHAVE PIX: 60081055000103
INSTITUICAO: 73443863 COOP UNICRED VALE LTDA.
AGENCIA: 1212 - CONTA: 0000000000006010407
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: 11/02/2026 - 16:29:35

=====

DOCUMENTO: 021105
AUTENTICACAO SISBB: C.EAC.DE4.274.B46.ACA

=====

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 MUNICIPAL DE VIDAL RAMOS

SETOR DE TRIBUTOS

NOTA FISCAL ELETRÔNICA

Número do RPS	Número da nota
	21
Data da emissão da nota	09/02/2026 10:40:45
Data do fato gerador	09/02/2026 10:36:59
Código de verificação	SOVMICUUG

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
Nome/Razão social: ISABELA LEOTTA SAWADA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 60.081.055/0001-03 Inscrição municipal: 51074
Endereço: R ENG. CONSTÂNCIO KRUMMEL Número: 206 Bairro: CENTRO CEP: 88443-000
Complemento: FUNDOS
Município: Vidal Ramos UF: SC
E-mail: Site:

Inscrição estadual:
Telefone:
Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: HOSPITAL JOANA SCHMITT
Nome/Razão social: INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESEN DE ENSINO, ASSIT SOCIAL E SAUDE DO CIDADÃO
CPF/CNPJ: 28.700.530/0037-72 Inscrição municipal: Inscrição estadual:
Endereço: RUA JACOB MOMM Número: S/N 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
CONTRATO 10/2025 06 HORAS PLANTAO TOTAL R\$ 600,00 REFERENTE DEZEMBRO/2025	600,0000	1,0000	600,0000	600,00x2,01 =	12,06
Dados Bancários: Banco 136(unicred) Agencia 1212 - C/C 601040-7					

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	600,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	Valor CP
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 600,00		Valor líquido = R\$ 600,00		

Códigos dos serviços:
04.01 - Medicina.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	600,00	12,06

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Operação Tributável
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Petrolândia

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 2.01%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 80,70 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 12,66 (2,11%) - com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

CERTIFICO que o MATERIAL constante
SERVIÇO
Deste documento foi RECEBIDO e aceito
PRESTADO

Em 09/02/2026

ASSINATURA