

## NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2023/17

Emitida em:  
04/05/2023 às 11:57:14Competência:  
04/05/2023Código de Verificação:  
8b59e30d

LTR MEDICAL LTDA

CPF/CNPJ: 27.847.715/0001-30

RUA ITAJUBA, 2117, SALA 07, Sagrada Família - Cep: 31035-540

Belo Horizonte

Telefone:

Inscrição Municipal: 1030492/001-8

MG

Email:

## Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 83.389.551/0001-16

Inscrição Municipal: Não Informado

FUNDAÇÃO MÉDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA

RUA JACOB MOMM, S/N, CENTRO - Cep: 88430-000

Petrolândia

Telefone: Não Informado

SC

Email: Não Informado

## Discriminação do(s) Serviço(s)

REFERENTE AO SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PERÍODO 04/2023 PELO DR LEONARDO GUIMARAES DE ANDRADE.

## Código de Tributação do Município (CTISS)

0401-0/01-88 / Medicina

## Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.01 / Medicina e biomedicina.

## Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

## Natureza da Operação:

Tributação no município

Regime Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais

| Valor dos serviços:      | R\$ 4.800,00 | Valor dos serviços:          | R\$ 4.800,00 |
|--------------------------|--------------|------------------------------|--------------|
| (-) Descontos:           | R\$ 0,00     | (-) Deduções:                | R\$ 0,00     |
| (-) Retenções Federais:  | R\$ 295,20   | (-) Desconto Incondicionado: | R\$ 0,00     |
| (-) ISS Retido na Fonte: | R\$ 0,00     | (=) Base de Cálculo:         | R\$ 4.800,00 |
| Valor Líquido:           | R\$ 4.504,80 | (x) Alíquota:                | -            |
|                          |              | (=)Valor do ISS:             | -            |

## Retenções Federais:

PIS: R\$ 31,20 COFINS: R\$ 144,00 IR: R\$ 72,00 CSLL: R\$ 48,00

## Outras Informações:

Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 3106200122784771500013023000000001723053810954407.



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda  
Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.  
Dúvidas: SIGESP




SISBR-SISTEMA DE INFORMÁTICA DO SICOOB  
05/05/2023 - COMPROVANTE - 12:26:54  
DE TED



ORIGEM DA OPERAÇÃO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERAÇÃO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERAÇÃO:.....DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO:.....00126  
VALOR:.....4.800,00  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....120197  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATAR  
INA  
CPF/CNPJ:.....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....33/BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA:.....2085/SAVASSI  
N. DA CONTA:.....130018419  
TIPO DA CONTA:.....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ:.....27847715000130  
NOME:.....LTR MEDICAL LTDA  
ID: .....EF7879FE-68F1-48AE-A85B-AA4F2A7F24C3

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

|  |                             |                  |  |
|--|-----------------------------|------------------|--|
| <b>CLINICA PABLO R. FUNGHETTO LTDA</b><br><b>CNPJ: 49.690.012/0001-84</b><br>HERCULANO NUNES TEIXEIRA - CASA DO EMPREENDEDOR, 105<br>CEP: 89.165-478 - Bairro: BUDAG<br>Município: RIO DO SUL - SANTA CATARINA<br><b>Insc. Municipal: 179945 - Insc. Estadual:</b><br>Email: pabloramires24@hotmail.com<br>Telefone: (47) 99150-6249 | Número da NFS-e<br><b>2</b> | Situação Emitida | <br><br>Autenticidade |
|  |                             | Tipo Preenchido  |  |

### Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b><br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DO SUL</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA</b> | <b>Identificador</b><br>8291 7386 4420 4969 0012 2024 0505 0520 2315 6819<br> |  |
|  | Data Fato Gerador<br><b>05/05/2023</b>  | Data/Hora Emissão<br><b>05/05/2023 15:48</b> |

#### TOMADOR DO SERVIÇO

|   |  |
|---|--|
| Nome/Razão Social<br><b>FUNDAÇÃO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA</b> | CPF/CNPJ<br><b>83.389.551/0001-16</b>      |
| Endereço<br><b>JACOB MONN</b>   | Número S/N<br><b>NÃO INFORMADO</b>         |
| Bairro<br><b>CENTRO</b>   | CEP<br><b>88.430-000</b>                   |
|   | Cidade - Estado<br><b>Petrolândia - SC</b> |

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço   | Local Prestação         | Alíquota                    | Situação Trib.         | Valor Serviço   | Desc. Incondic. | Valor Dedução | Valor ISS    |
|---|-------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|---------------|--------------|
| <b>401</b>  | <b>8249</b>             | <b>2%</b>                   | <b>TI</b>              | <b>4.800,00</b> | <b>0,00</b>     | <b>0,00</b>   | <b>96,00</b> |
| <b>Descrição do Serviço: 48 horas plantão na emergência</b> |                         |                             |                        |                 |                 |               |              |
| <b>Valor Total</b>  | <b>Desconto</b>         | <b>Dedução</b>              | <b>Base de Cálculo</b> | <b>ISSQN</b>    |                 |               |              |
| 4.800,00  | 0,00                    | 0,00                        | 4.800,00               | 96,00           |                 |               |              |
| <b>ISSRF</b>  | <b>IR</b>               | <b>INSS</b>                 | <b>CSLL</b>            | <b>COFINS</b>   |                 |               |              |
| 0,00  | 0,00                    | 0,00                        | 0,00                   | 0,00            |                 |               |              |
| <b>PIS</b>  | <b>Outras Retenções</b> | <b>Total Trib. Federais</b> | <b>Valor Líquido</b>   |                 |                 |               |              |
| 0,00  | 0,00                    | 0,00                        | 4.800,00               |                 |                 |               |              |

|  |
|--|
| Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03 |
| 401 Medicina e biomedicina.  |
| Legenda do Local de Prestação do Serviço   |
| 8249 Petrolândia   |

|   |
|---|
| Outras Informações  |
| TI - Tributada Integralmente  |
| (401) Serviço tributado no município do prestador                             |
| Contribuinte enquadrado como Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo |

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 431/2023 de 26/04/2023 09:5:

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

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 27/06/2

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$645,60 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municí  
Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT


Observações: Agencia 1212, conta 600750-3 Unicred - Pablo Funghetto  
Modelo aprovado pelo DECRETO Nº 2073, DE 20 DE SETEMBRO DE 2010.

SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
05/05/2023 - COMPROVANTE - 12:29:28  
DE TED


ORIGEM DA OPERAÇÃO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERAÇÃO: .....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERAÇÃO: .....DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO: .....00128  
VALOR: .....4.800,00  
FINALIDADE: .....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE: .....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA: .....120197  
CLIENTE: FUNDAÇÃO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATAR  
INA  
CPF/CNPJ: .....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO: .....136/CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED  
AGENCIA: .....1212/PAC ITUPORANGA  
N. DA CONTA: .....6007503  
TIPO DA CONTA: .....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ: .....49690012000184  
NOME: .....CLINICA PABLO R. FUNGHETTO LTDA  
ID: .....0A4A0C7D-BB96-41C7-B9F7-FB6E12C2434B

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

|  |                                |   |
|--|--------------------------------|---|
| <b>SILVEIRA RAMOS SERVIÇOS MÉDICOS LTDA</b><br><b>CNPJ:</b> 08.840.996/0001-55<br>RUA DUQUE DE CAXIAS, 528<br>CEP: 88400-000 - Bairro: VILA NOVA<br>Município: ITUPORANGA - SC<br>Celular: (479) 91496568<br>Email: gerencia.ubf@gmail.com<br><b>Insc. Municipal:</b> 3013 | Número da NFS-e<br><b>1094</b> |  |
|  | Situação<br><b>Emitido</b>     |   |

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

| Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
|  <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b><br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA | Autenticidade<br><b>0181670008710624</b> |                                 |
|   | Data Emissão<br><b>04/05/2023</b>        | Hora Emissão<br><b>16:00:43</b> |

| TOMADOR DO SERVIÇO   |                  |                                     |  |
|--|------------------|-------------------------------------|--|
| Nome Fantasia<br>FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA |                  |                                     |  |
| Razão Social<br>FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  |                  | CPF/CNPJ<br>83.389.551/0001-16      |  |
| Endereço<br>RUA JACOB MOMM                                   | Número           | Complemento<br>S/N                  |  |
| Bairro<br>CENTRO   | CEP<br>88430-000 | Cidade - Estado<br>PETROLANDIA - SC |  |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS  |              |                |                  |                  |         |            |
|---|--------------|----------------|------------------|------------------|---------|------------|
| Serviço   | Local Prest. | Alíquota       | Sit. Trib.       | Vlr. Trib.       | Dedução | Vlr. ISSRF |
| 403   | 8249         | 2.0000 %       | TI               | 14.400,00        | 0,00    | 0,00       |
| <b>Descrição do Serviço:</b><br>Dr Alexandre<br>Repasse referente serviços médicos prestados. |              |                |                  |                  |         |            |
| Base de Cálculo   | Valor ISSQN  | Valor ISSRF    | Desconto         | Valor Total      |         |            |
| 14.400,00   | 288,00       | 0,00           | 0,00             | <b>14.400,00</b> |         |            |
| IR<br>216,00  | INSS<br>0,00 | CSLL<br>144,00 | COFINS<br>432,00 | PIS<br>93,60     |         |            |


|  |
|--|
| Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03<br>403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.  |
| Legenda do local da prestação do serviço<br>8249 - PETROLANDIA - SC  |
| Outras Informações<br>TI - Tributada integralmente.<br>(403) Serviço Tributado no município do prestador.<br>Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 128/2014 de 03/10/2014.<br>A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/06/2023.<br>A veracidade das informações declaradas na NFs-e podem ser consultadas no site: www.nfs-e.net<br>Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 1.936,80 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.00009<br>12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT. |

SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
 05/05/2023 - COMPROVANTE - 12:30:44  
 DE TED


ORIGEM DA OPERACAO  
 COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
 TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
 USUARIO: TaisN3034\_08

OPERACAO: .....07/16 - REC. TED  
 NATUREZA DA OPERACAO: .....DEBITO/CREDITO  
 N. DA AUTENTICACAO: .....00129  
 VALOR: .....14.400,00  
 FINALIDADE: .....CREDITO EM CONTA  
 TITULARIDADE: .....DIFERENTE  
 DADOS DO REMETENTE:  
 CONTA: .....120197  
 CLIENTE: FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATAR  
 INA  
 CPF/CNPJ: .....83389551000116  
 DADOS DO FAVORECIDO:  
 BANCO: .....1/BANCO DO BRASIL S.A.  
 AGENCIA: .....1389/ITUPORANGA  
 N. DA CONTA: .....295221  
 TIPO DA CONTA: .....CONTA CORRENTE  
 CPF/CNPJ: .....08840996000155  
 NOME: .....SILVEIRA RAMOS SERVICOS MEDICOS LTDA  
 ID: .....F79A00A2-18DD-4191-A05F-4F11A5E279F3

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| <b>VELOSO SERVIÇOS MEDICOS LTDA</b><br><b>CNPJ: 45.862.212/0001-16</b><br>RUA Governador Celso Ramos, 470 - ANEXO HOSPITAL<br>CEP: 88400-000 - Bairro: CENTRO<br>Município: ITUPORANGA - SC<br>Celular: (41) 999085855<br>Email: JODILSONVELOSMF@GMAIL.COM<br><b>Insc. Municipal: 6235</b> | Número da NFS-e<br><b>27</b> |  |
|  | Situação<br><b>Emitido</b>   |   |

### Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
|  <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b><br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA | Autenticidade<br><b>0181670008709534</b> |                                 |
|   | Data Emissão<br><b>04/05/2023</b>        | Hora Emissão<br><b>13:53:08</b> |

#### TOMADOR DO SERVIÇO

|  |                  |                                     |
|--|------------------|-------------------------------------|
| Nome Fantasia<br>FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA |                  |                                     |
| Razão Social<br>FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  |                  | CPF/CNPJ<br>83.389.551/0001-16      |
| Endereço<br>RUA JACOB MOMM                                   | Número           | Complemento<br>S/N                  |
| Bairro<br>CENTRO   | CEP<br>88430-000 | Cidade - Estado<br>PETROLANDIA - SC |

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

| Serviço | Local Prest. | Alíquota | Sit. Trib. | Vlr. Trib. | Dedução | Vlr. ISSRF |
|---------|--------------|----------|------------|------------|---------|------------|
| 403     | 8167         | 2.0000 % | TI         | 16.800,00  | 0,00    | 0,00       |

**Descrição do Serviço:**  
SERVIÇOS PRESTADOS 04/2023  
DR JODILSON

| Base de Cálculo | Valor ISSQN | Valor ISSRF | Desconto    | Valor Total      |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| 16.800,00       | 336,00      | 0,00        | 0,00        | <b>16.800,00</b> |
| IR 0,00         | INSS 0,00   | CSLL 0,00   | COFINS 0,00 | PIS 0,00         |

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

Legenda do local da prestação do serviço  
8167 - ITUPORANGA - SC

#### Outras Informações

TI - Tributada integralmente.

(403) Serviço Tributado no município do prestador.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 59/2022 de 06/04/2022.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/06/20:

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

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 2.259,60 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.00) 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.


SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
05/05/2023 - COMPROVANTE - 12:25:34  
DE TED

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERACAO: .....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERACAO: .....DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO: .....00125  
VALOR: .....16.800,00  
FINALIDADE: .....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE: .....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA: .....120197  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CPF/CNPJ: .....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO: .....136/CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED  
AGENCIA: .....1212/PAC ITUPORANGA  
N. DA CONTA: .....6006876  
TIPO DA CONTA: .....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ: .....45862212000116  
NOME: .....VELOSO SERVICOS MEDICOS LTDA  
ID: .....E25C8A63-0AEE-4C5B-8FE8-361E6DCDD999

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

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

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
|  <b>PREFEITURA MUNICIPAL VIDAL RAMOS</b><br><b>SETOR DE TRIBUTOS</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA</b> | Número do RPS                                  | Número da nota<br>43 |
|  | Data da emissão da nota<br>04/05/2023 11:28:19 |                      |
|  | Data do fato gerador<br>04/05/2023 11:28:19    |                      |
|  | Código de verificação<br>VET4FB45W             |                      |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:  
 Nome/Razão social: NELSON SAWADA GATTO LTDA  
 CPF/CNPJ: 47.025.902/0001-46    Inscrição municipal: 50781  
 Endereço: R ENGENHEIRO CONSTÂNCIO KRUMMEL. Número: 206 Bairro: Centro CEP: 88443-000  
 Complemento: SALA:04  
 Município: Vidal Ramos    UF: SC  
 E-mail:    Site:

Inscrição estadual:  
 Telefone:  
 Celular: (48) 9141-6010

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:  
 Nome/Razão social: FUNDAÇÃO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
 CPF/CNPJ: 83.389.551/0001-16    Inscrição municipal:  
 Endereço: RUA 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    |
|---|----------------|--------|------------------|---------------------|--------|
| SERVIÇOS MEDICOS REFERENTE A ABRIL/2023 | 12.000,0000    | 1,0000 | 12.000,0000      | 12.000,00x4,00 =    | 480,00 |

**Forma de Pagamento**

| Parcela | Vencimento | Tipo    | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
|---------|------------|---------|-------------|---------|------------|------|-------------|---------|------------|------|-------------|
| 1       |            | À vista | 12.000,00   |         |            |      |             |         |            |      |             |

**RETENÇÕES FEDERAIS**

| PIS/PASEP                          | COFINS   | INSS                                 | IR       | CSLL     | Outras retenções |
|------------------------------------|----------|--------------------------------------|----------|----------|------------------|
| R\$ 0,00                           | R\$ 0,00 | R\$ 0,00                             | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |
| <b>Valor bruto = R\$ 12.000,00</b> |          | <b>Valor líquido = R\$ 12.000,00</b> |          |          |                  |

Códigos dos serviços:

04.01 - Medicina e biomedicina.

| Desc. condicionado(R\$) | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS(R\$) |
|-------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|----------------|
| 0,00                    | 0,00                      | 0,00          | 12.000,00            | 480,00         |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Natureza da operação: Tributação fora do município  
 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.  
 O ISS desta NFS-e é devido fora deste município.  
 Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.614,00 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 253,20 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT




Verificar autenticidade

SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
05/05/2023 - COMPROVANTE - 12:32:15  
DE TED


ORIGEM DA OPERAÇÃO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERACAO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERACAO:.....DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO:.....00130  
VALOR:.....12.000,00  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....120197  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATAR  
INA  
CPF/CNPJ:.....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....136/CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED  
AGENCIA:.....1212/PAC ITUPORANGA  
N. DA CONTA:.....6004873  
TIPO DA CONTA:.....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ:.....07346041909  
NOME:.....NELSON SAWADA GATTO  
ID: .....61B95EC3-B6C0-4E46-B61B-899E268A52E5

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

|   |                                |   |
|---|--------------------------------|---|
| <b>CLINICA SAWADA LTDA</b><br>CNPJ: 06.894.692/0001-45<br>RUA Carlos Thiesen, 609<br>CEP: 88400-000 - Bairro: GABIROBA<br>Município: ITUPORANGA - SC<br>Telefone: (0) 35331509<br>Insc. Municipal: 2703 | Numero da NFS-e<br><b>2017</b> |  |
|   | Situação<br><b>Emitido</b>     |   |

**Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e**

|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
|  <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b><br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA | Autenticidade<br><b>0181670008751680</b> |                                 |
|   | Data Emissão<br><b>16/05/2023</b>        | Hora Emissão<br><b>15:02:51</b> |

**TOMADOR DO SERVIÇO**

|  |                  |                                     |
|--|------------------|-------------------------------------|
| Nome Fantasia<br>FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA |                  |                                     |
| Razão Social<br>FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  |                  | CPF/CNPJ<br>83.389.551/0001-16      |
| Endereço<br>RUA JACOB MOMM                                   | Numero           | Complemento<br>S/N                  |
| Bairro<br>CENTRO   | CEP<br>88430-000 | Cidade - Estado<br>PETROLANDIA - SC |

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

| Serviço | Local Prest. | Aliquota | Sit. Trib. | Vlr Trib. | Dedução | Vlr ISSRF |
|---------|--------------|----------|------------|-----------|---------|-----------|
| 401     | 8249         | 2.0000 % | TIRF       | 20.200,00 | 0,00    | 404,00    |

**Descrição do Serviço:**

SERVIÇOS MÉDICOS REF. ABRIL/2023 (DR CARLOS FERNANDO SAWADA)

| Base de Cálculo | Valor ISSQN             | Valor ISSRF | Desconto    | Valor Total |
|-----------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 20.200,00       | <b>SIMPLES NACIONAL</b> | 404,00      | 0,00        | 20.200,00   |
| IR 0,00         | INSS 0,00               | CSLL 0,00   | COFINS 0,00 | PIS 0,00    |

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03

401 - Medicina e biomedicina.

Legenda do local da prestação do serviço

8249 - PETROLANDIA - SC

Outras Informações

TIRF - Tributada integralmente com imposto sobre serviços retido na fonte

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.

Não gera direito a crédito fiscal de IPI

(401) Serviço não tributável no município do prestador. O ISSQN é devido no município onde o serviço é prestado.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 261/2014 de 13/10/2014

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 20/06/2023

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

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 2.716,90 (13,4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0,0000%)

12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

SISBR-SISTEMA DE INFORMÁTICA DO SICOOB  
05/05/2023 - COMPROVANTE - 12:28:01  
DE TED

ORIGEM DA OPERAÇÃO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERAÇÃO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERAÇÃO:.....DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO:.....00127  
VALOR:.....20.200,00  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....120197  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CPF/CNPJ:.....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....136/CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED  
AGENCIA:.....1212/PAC ITUPORANGA  
N. DA CONTA:.....2353768  
TIPO DA CONTA:.....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ:.....11559620870  
NOME:.....CARLOS FERNANDO SAWADA  
ID: .....17567B11-23BB-4782-BFED-B6706E9126EE

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

Documento assinado em PDF com garantia autenticada no servidor de banco de dados do Município