

**ESTADO DE SANTA CARTARINA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IÇARA**

Balancete de Prestação de Contas de Recursos Antecipados – Documento para ser usado pelo responsável.

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE IÇARA  
Ordenador da Despesa: LUCIMARA NENUS FERREIRA  
Entidade Beneficiada: FUNDAÇÃO SOCIAL HOSPITALAR DE IÇARA  
Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO, 461 - Centro  
Responsável:  
Nota Empenho Num: 1310  
Projeto/Atividade: 2.064  
Item/ Fonte: 3.3.50.00.00.00.00.0200  
Complemento Elemento: 3.3.50.43.99.00.00.00

C.N.P.J.: 83-852-418/001-54  
CEP: 88820-000  
Doc. Resp.

Data: 11/10/2017

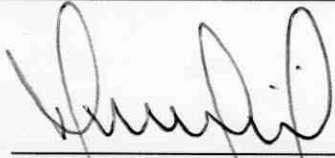
Valor: R\$ 50.000,00

- Convenio com a Fundação Social Hospitalar de Içara  
- Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lu  
- Outras Subvenções Sociais

Histórico Fiel da Finalidade:

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS PARA MANUTENÇÃO DO CONVÊNIO Nº FMS/001/2017, CONFORME AUTORIZAÇÃO PELA LEI Nº 3.947 DE 30/12/2016.

| Documento  |            | Histórico                                           | Recebimentos | Pagamentos |
|------------|------------|-----------------------------------------------------|--------------|------------|
| Numero     | Data       |                                                     |              |            |
| 000001310  | 11/10/2017 | Valor recebido conforme nota de empenho acima       | 50.000,00    |            |
| NF 0000652 | 18/10/2017 | Clinica Médica Mente Serena                         |              | 1.126,20   |
| NF 0000358 | 23/10/2017 | CEPAAs Centro Pop.Atenção a Saúde                   |              | 2.815,50   |
| NF 0000727 | 24/10/2017 | Climel Clinica Médica Ltda                          |              | 15.641,66  |
| NF 0004684 | 24/10/2017 | SAMDESC Serv Anesteseologia Ltda ( <u>PARCIAL</u> ) |              | 30.416,64  |
|            |            |                                                     | 50.000,00    | 50.000,00  |

  
Waldemar Luiz Casagrande  
Diretor Presidente  
CPF nº 440721639-53

  
Pedro Piazza  
Diretor Vice-Presidente Financeiro  
CPF nº 018580099-87

  
Júlio Cesar De Luca  
Diretor Administrativo  
CPF nº 288628309-63

## ESTADO DE SANTA CATARINA

## FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ICARA

Declaração de recebimento e aplicação de subvenções sociais de pequeno porte

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ICARA  
Ordenador da Despesa: LUCIMARA NUNES FERREIRA  
Entidade Beneficiada: FUNDAÇÃO SOCIAL HOSPITALAR DE ICARA  
Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO, 461

Responsável:

Nota Empenho Num.: 1310

Projeto/Atividade: 2.064

Item/Fonte: 3.3.50.00.00.00.00.0200

Complemento Elemento: 3.3.50.43.99.00.00.00

Data: 11/10/2017

- Convênio com a Fundação Social Hospitalar de Içara
- Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lu
- Outras Subvenções Sociais

C.N.P.J.: 83-852-418/0001-54

CEP: 88820-000

Doc. Resp.

Valor: 50.000,00

Declaramos, para todos os efeitos legais, que a importância supra mencionada foi recebida por esta entidade e aplicada em seu benefício e no atendimento de seus objetivos.

ICARA, ..... de .....

**FUNDO MUNICIPAL  
DE SAÚDE DE IÇARA**

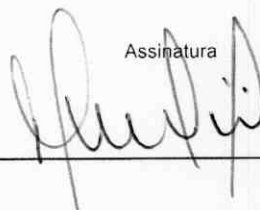
Nome

Cargo

Assinatura

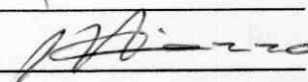
C.P.F.

Waldemar L Casagrande Dir.Presidente



440.721.639-53

Pedro Piazza Dir.V.Pres.Financeiro



018.580.099-87

Julio Cesar de Luca Dir.Administrativo



288.628.309-63

Uso da unidade concedente

Declaração recebida em ...../...../.....

Responsável

| Extrato de Conta Corrente                                       |                                     |                                      |                   |              |  |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------------|--|
| Cooperativa                                                     | 566                                 |                                      | Ag. Içara         |              |  |
| Agência                                                         | 1404                                |                                      | Conta             | 763128       |  |
| Cooperado                                                       | FUNDAÇÃO SOCIAL HOSPITALAR DE ICARA |                                      | Usuário           | HSD          |  |
| Data Atual                                                      | 25/10/2017                          |                                      | Saldo Anterior    | R\$ 5.563,15 |  |
| Data                                                            | Nº DOC                              | Histórico                            | Lançamentos (R\$) | Saldo (R\$)  |  |
| 11/10/2017                                                      | 238678                              | TRANSF ENTRE CTAS IB                 | -5.500,00         | 63,15        |  |
| 11/10/2017                                                      | 584380                              | RECEB TED D(PMI FUN MUN SAUDE CT)    | 50.000,00         | 50.063,15    |  |
| BCO: 1 AG: 2118 CC: 584380 - PMI FUN MUN SAUDE CTA MOV          |                                     |                                      |                   |              |  |
| 11/10/2017                                                      | 238678                              | TRANSF ENTRE CTAS IB                 | -10.000,00        | 40.063,15    |  |
| 16/10/2017                                                      | Volnei Ped                          | ENV TED IB/ATM(Volnei Pedro dias de) | -14.400,00        | 25.663,15    |  |
| BCO: 33 AG: 3599 CC: 130815916 - Volnei Pedro dias de Souza ME  |                                     |                                      |                   |              |  |
| 16/10/2017                                                      | GH Braz Se                          | ENV TED IB/ATM(GH Braz Serv Medicos) | -11.262,00        | 14.401,15    |  |
| BCO: 1 AG: 5209 CC: 238759 - GH Braz Serv Medicos Ltda ME       |                                     |                                      |                   |              |  |
| 23/10/2017                                                      | Clinica Me                          | ENV TED IB/ATM(Clinica Medica Mente) | -1.126,20         | 13.274,95    |  |
| BCO: 33 AG: 3599 CC: 130012436 - Clinica Medica Mente Serena Lt |                                     |                                      |                   |              |  |
| 23/10/2017                                                      | 584380                              | RECEB TED D(PMI FUN MUN SAUDE CT)    | 100.000,00        | 113.274,95   |  |
| BCO: 1 AG: 2118 CC: 584380 - PMI FUN MUN SAUDE CTA MOV          |                                     |                                      |                   |              |  |
| 24/10/2017                                                      | 1454552                             | TRF ENT CTAS - IB                    | -15.641,66        | 97.633,29    |  |
| 24/10/2017                                                      | 1454552                             | TRF ENT CTAS - IB                    | -27.929,95        | 69.703,34    |  |
| 24/10/2017                                                      | 1906089                             | TRF ENT CTAS - IB                    | -31.283,34        | 38.420,00    |  |
| 24/10/2017                                                      | 226343                              | TRF ENT CTAS - IB                    | -2.815,50         | 35.604,50    |  |
| 24/10/2017                                                      | 337935                              | TRF ENT CTAS - IB                    | -9.460,08         | 26.144,42    |  |
| * Lançamentos Bloqueados                                        |                                     |                                      |                   |              |  |
| Saldo em 25/10/2017                                             |                                     |                                      | R\$ 26.144,42     |              |  |
| Saldo Disponível                                                |                                     |                                      | R\$ 26.144,42     |              |  |
| Limite Cheque Especial                                          |                                     |                                      | R\$ 0,00          |              |  |
| Saldo Bloqueado                                                 |                                     |                                      | R\$ 0,00          |              |  |
| Valor de Juros Mensal do Cheque Especial                        |                                     |                                      | R\$ 0,00          |              |  |
| Valor de Juros do Adiantamento Depositante                      |                                     |                                      | R\$ 0,00          |              |  |
| Data de Vencimento do Cheque Especial                           |                                     |                                      |                   |              |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                      |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <b>CLINICA MEDICA MENTE SERENA</b><br><b>CLINICA MEDICA MENTE SERENA LTDA</b><br>AVN CEL JOAO FERNANDES, Nº 108, CENTRO, ARARANGUÁ SC, 88900000 FONE: 35242867<br>CMC: 344993 - CPF/CNPJ: 85.314.912/0001-90<br>OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL: NÃO | <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br<br><b>NOTA FISCAL</b><br>Nota Fiscal Serviço Eletrônica | TIPO DE DOCUMENTO<br><b>NOTA FISCAL</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>NOTA FISCAL</b><br>Nota Fiscal Serviço Eletrônica                                                 | NÚMERO NOTA FISCAL<br><b>0000652</b>    |

|                                                                                                                                                                                 |                                   |                                             |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
|  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARANGUÁ</b><br>SECRETARIA DE FINANÇAS<br>Telefone: (48) 3521-0900 | DATA EMISSÃO<br><b>18/10/2017</b> | NATUREZA OPERAÇÃO<br>Tributado no Município | TRIBUTADO MUNICÍPIO<br><b>SIM</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|

## DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS

|                                                                            |                     |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| NOME DO TOMADOR<br><b>FUNDAÇÃO SOCIAL HOSPITALAR DE IÇARA</b>              |                     | EMAIL<br><b>financeiro@hsdonato.com.br</b> |
| ENDEREÇO<br>RUA SETE DE SETEMBRO, Nº 461, CENTRO, CEP 88820000, IÇARA - SC |                     | COMPLEMENTO                                |
| Nº CPF/CNPJ<br><b>83.852.418/0001-54</b>                                   | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual                         |
| Telefone(s)                                                                |                     |                                            |

## SERVIÇOS PRESTADOS

| UNID | QUANT. | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO                        | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|---------------------------------------------|----------------|-------------|
| un   | 1      | plantão médico em emergência julho e agosto | 1.200,00       | 1.200,00    |

## OBSERVAÇÕES:

*Adm. Cesar Euzébio*

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE BASE PARA ALÍQUOTA

| 8610-1/02 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS |          |                 |           |                            | IR                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------|----------------------------|------------------------------|
|                                                                                                              | PIS      | COFINS          | CSLL      |                            | 18,00                        |
|                                                                                                              | 7,80     | 36,00           | 12,00     |                            |                              |
| RETIDO                                                                                                       | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | TOTAL ISS | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL | VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL |
| NÃO                                                                                                          | 3,00 %   | 1.200,00        | 36,00     | 1.200,00                   | 1.126,20                     |

Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR.

Local onde o serviço foi prestado: IÇARA - SC

Valor Aproximado dos Tributos R\$ 188,64 (15.72%) - Fonte: IBPT

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br | ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE <a href="http://www.prefeituramoderna.com.br">www.prefeituramoderna.com.br</a><br><b>CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - ef18a964a817790b5d6c86026fed98f8</b><br>ASSINATURA PRESTADOR TOMADOR - c232330520b2d736e752b3e16b8b6623 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

[www.prefeituramoderna.com.br](http://www.prefeituramoderna.com.br)

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                      |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Recebi(emos) de <b>CLINICA MEDICA MENTE SERENA LTDA</b><br>Os serviços da Nota Fiscal Eletrônica de Serviços indicado ao lado:<br><br>_____<br>Data do Recebimento | <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br<br><b>NOTA FISCAL</b><br>Nota Fiscal Serviço Eletrônica | TIPO DE DOCUMENTO<br><b>NOTA FISCAL</b> |
| _____<br>Identificação e assinatura do receptor                                                                                                                    | <b>NOTA FISCAL</b><br>Nota Fiscal Serviço Eletrônica                                                 | NÚMERO NOTA FISCAL<br><b>0000652</b>    |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br | ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE <a href="http://www.prefeituramoderna.com.br">www.prefeituramoderna.com.br</a><br><b>CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - ef18a964a817790b5d6c86026fed98f8</b><br>ASSINATURA PRESTADOR TOMADOR - c232330520b2d736e752b3e16b8b6623 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Valor Aproximado dos Tributos R\$ 188,64 (15.72%) - Fonte: IBPT

BASE DE CÁLCULO = Valor dos serviços - Valor das deduções - Descontos incondicionados

VALOR LÍQUIDO = Valor Serviços - PIS - COFINS - INSS - IR - CSLL - Outras Deduções - Valor ISS Retido - Desconto Incondicionado - Descontos Condicionado

*Saulnider*  
*35pp - 013.001.2436*

11:48:29

Comprovante de Transferência TED

Favorecido: Clinica Medica Mente Serena Lt  
CNPJ: 85.314.912/0001-90  
IF: 33 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
Agência: 3599 Conta: 130012436  
Tipo de Conta: Conta Corrente  
Finalidade: 10 - Crédito em Conta  
Data da Transf.: 23/10/2017  
Valor: R\$ 1.126,20

Autenticação Documento: 20171023114829167

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Fundação Social Hospital  
AGEU BORGHEZANI  
Departamento Financeiro

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>CEPAAS - CENTRO POPULAR DE ATENÇÃO A SAÚDE</b><br><b>ELBERT RICHARS JONES OLIVEIRA EIRELI ME</b><br>AVENIDA PADRE ANTONIO LUIZ DIAS, Nº 81, CENTRO, ARARANGUÁ SC, 88900067 FONE: 35242550<br>CMC: 1002199 - CPF/CNPJ: 22.822.341/0001-85<br>OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL: NÃO | <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br<br><b>NOTA FISCAL</b><br>Nota Fiscal Serviço Eletrônica | TIPO DE DOCUMENTO<br><b>NOTA FISCAL</b><br>NÚMERO NOTA FISCAL<br><b>0000358</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                    |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|
|  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARANGUÁ</b><br><b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b><br>Telefone: (48) 3521-0900 | DATA EMISSÃO<br><b>23/10/2017</b> | NATUREZA OPERAÇÃO<br><b>Tributado no Município</b> | TRIBUTADO MUNICÍPIO<br><b>SIM</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|

**DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS**

|                                                                            |                     |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| NOME DO TOMADOR<br><b>FUNDAÇÃO SOCIAL HOSPITALAR DE IÇARA</b>              |                     | EMAIL<br><b>financeiro@hsdonato.com.br</b> |
| ENDEREÇO<br>RUA SETE DE SETEMBRO, Nº 461, CENTRO, CEP 88820000, IÇARA - SC |                     | COMPLEMENTO                                |
| Nº CPF/CNPJ<br><b>83.852.418/0001-54</b>                                   | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual                         |
| Telefone(s)                                                                |                     |                                            |

**SERVIÇOS PRESTADOS**

| UNID | QUANT. | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO                            | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------------------------------------------------|----------------|-------------|
| UN   | 01     | PLANTÃO MEDICO REF. AO MES 07/2017 (Dr. GEORGE) | 1.200,00       | 1.200,00    |
| UN   | 01     | PLANTÃO MEDICO REF. AO MES 08/2017 (Dr. GEORGE) | 1.800,00       | 1.800,00    |

**OBSERVAÇÕES:**

|                                                                                                                    |                           |                                    |                                                          |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE BASE PARA ALIQUOTA<br><b>8630-5/03 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS</b> |                           |                                    |                                                          |                                               |
| PIS<br><b>19,50</b>                                                                                                |                           | COFINS<br><b>90,00</b>             |                                                          | CSLL<br><b>30,00</b>                          |
| IR<br><b>45,00</b>                                                                                                 |                           |                                    |                                                          |                                               |
| RETIDO<br><b>NÃO</b>                                                                                               | ALÍQUOTA<br><b>3,00 %</b> | BASE DE CÁLCULO<br><b>3.000,00</b> | TOTAL ISS<br><b>90,00</b>                                | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br><b>3.000,00</b> |
|                                                                                                                    |                           |                                    | VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL<br><b>2.815,50</b>          |                                               |
| Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR.                                                                       |                           |                                    | Local onde o serviço foi prestado: <b>ARARANGUÁ - SC</b> |                                               |

 Valor Aproximado dos Tributos **R\$ 489,90 (16.33%)** - Fonte: IBPT

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br | ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE <a href="http://www.prefeituramoderna.com.br">www.prefeituramoderna.com.br</a><br><b>CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 1ec02c28001c3feab9f619d63c080039</b><br>ASSINATURA PRESTADOR TOMADOR - ded4b581965f6e1d8a6898f44ca9b749 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

[www.prefeituramoderna.com.br](http://www.prefeituramoderna.com.br)

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Recebi(emos) de <b>ELBERT RICHARS JONES OLIVEIRA EIRELI ME</b><br>Os serviços da Nota Fiscal Eletrônica de Serviços indicado ao lado:<br><br>Data do Recebimento: _____<br>Identificação e assinatura do receptor: _____ | <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br<br><b>NOTA FISCAL</b><br>Nota Fiscal Serviço Eletrônica | TIPO DE DOCUMENTO<br><b>NOTA FISCAL</b><br>NÚMERO NOTA FISCAL<br><b>0000358</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br | ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE <a href="http://www.prefeituramoderna.com.br">www.prefeituramoderna.com.br</a><br><b>CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 1ec02c28001c3feab9f619d63c080039</b><br>ASSINATURA PRESTADOR TOMADOR - ded4b581965f6e1d8a6898f44ca9b749 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

 Valor Aproximado dos Tributos **R\$ 489,90 (16.33%)** - Fonte: IBPT

**BASE DE CÁLCULO** = Valor dos serviços - Valor das deduções - Descontos incondicionados

**VALOR LÍQUIDO** = Valor Serviços - PIS - COFINS - INSS - IR - CSLL - Outras Deduções - Valor ISS Retido - Desconto Incondicionado - Descontos Condicionado

10:23:11

## Comprovante de Transferência entre Contas

|                |                       |
|----------------|-----------------------|
| Conta Débito:  | 763128                |
| Creditado:     | CEPAAS CENTRO POPULAR |
| Cooperativa:   | 566                   |
| Conta Crédito: | 226343                |
| Finalidade:    | Crédito em Conta      |
| Data:          | 24/10/2017            |
| Valor:         | R\$ 2.815,50          |

Autenticação Documento: 28274432132983251231

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Fundação Social Hospitalar de Içara  
AGEU BORGHEZAN ORBEM  
Depto. Financeiro

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <b>CLIMEL CLINICA MEDICA LTDA EPP</b><br>RUA SETE DE SETEMBRO, Nº 504, CENTRO, IÇARA SC, 88820000 FONE: 3432-3438<br>CMC: 08399 - CPF/CNPJ: 13.973.369/0001-22<br>OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL: NÃO | <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br<br><b>NOTA FISCAL</b><br>Nota Fiscal Serviço Eletrônica | TIPO DE DOCUMENTO<br><b>NOTA FISCAL</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      | NÚMERO NOTA FISCAL<br><b>0000727</b>    |

|                                                                                                                                                                                           |                                   |                                                    |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|
|  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IÇARA</b><br>GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA<br>Telefone: (48) 3431-3500 | DATA EMISSÃO<br><b>24/10/2017</b> | NATUREZA OPERAÇÃO<br><b>Tributado no Município</b> | TRIBUTADO MUNICÍPIO<br><b>SIM</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|

## DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS

|                                                                            |                                         |                    |                                   |             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------|
| NOME DO TOMADOR<br><b>FUNDACAO SOCIAL HOSPITALAR DE ICARA</b>              |                                         |                    |                                   | EMAIL       |
| ENDEREÇO<br>RUA SETE DE SETEMBRO, Nº 461, CENTRO, CEP 88820000, IÇARA - SC |                                         |                    |                                   | COMPLEMENTO |
| Nº CPF/CNPJ<br><b>83.852.418/0001-54</b>                                   | Inscrição Municipal<br><b>CMC: 1367</b> | Inscrição Estadual | Telefone(s)<br><b>(48) 3467-1</b> |             |

## SERVIÇOS PRESTADOS

| UNID | QUANT. | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO           | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|--------------------------------|----------------|-------------|
| UN   | 01     | SOBREAVISO ANESTESISTA 08/2017 | 16.666,66      | 16.666,66   |

## OBSERVAÇÕES:

|                                                                                                                                                                                            |                           |                                     |                                                  |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE BASE PARA ALIQUOTA<br><b>LC116: 04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.</b> |                           |                                     |                                                  |                                                |
| PIS<br><b>108,33</b>                                                                                                                                                                       | COFINS<br><b>500,00</b>   | CSLL<br><b>166,67</b>               | IR<br><b>250,00</b>                              |                                                |
| RETIDO<br><b>NÃO</b>                                                                                                                                                                       | ALÍQUOTA<br><b>2,00 %</b> | BASE DE CÁLCULO<br><b>16.666,66</b> | TOTAL ISS<br><b>333,33</b>                       | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br><b>16.666,66</b> |
| Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR.                                                                                                                                               |                           |                                     | VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL<br><b>15.641,66</b> |                                                |
| Local onde o serviço foi prestado: <b>IÇARA - SC</b>                                                                                                                                       |                           |                                     |                                                  |                                                |

Valor Aproximado dos Tributos R\$ 2.620,00 (15.72%) - Fonte: IBPT

|                                              |                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br | ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE <a href="http://www.prefeituramoderna.com.br">www.prefeituramoderna.com.br</a>   |
|                                              | CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 72859b64502fe4f41e519b3d6e6164e5<br>ASSINATURA PRESTADOR TOMADOR - 601ef2b4f9ba664c2c0d5a14df79c4bd |

[www.prefeituramoderna.com.br](http://www.prefeituramoderna.com.br)

|                                                                                                                                                                  |                                                                                                      |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Recebi(emos) de <b>CLIMEL CLINICA MEDICA LTDA EPP</b><br>Os serviços da Nota Fiscal Eletrônica de Serviços indicado ao lado:<br><br>_____<br>Data do Recebimento | <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br<br><b>NOTA FISCAL</b><br>Nota Fiscal Serviço Eletrônica | TIPO DE DOCUMENTO<br><b>NOTA FISCAL</b> |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                                      | NÚMERO NOTA FISCAL<br><b>0000727</b>    |

|                                              |                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-e</b><br>www.prefeituramoderna.com.br | ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE <a href="http://www.prefeituramoderna.com.br">www.prefeituramoderna.com.br</a>   |
|                                              | CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 72859b64502fe4f41e519b3d6e6164e5<br>ASSINATURA PRESTADOR TOMADOR - 601ef2b4f9ba664c2c0d5a14df79c4bd |

Valor Aproximado dos Tributos R\$ 2.620,00 (15.72%) - Fonte: IBPT

BASE DE CÁLCULO = Valor dos serviços - Valor das deduções - Descontos incondicionados

VALOR LÍQUIDO = Valor Serviços - PIS - COFINS - INSS - IR - CSLL - Outras Deduções - Valor ISS Retido - Desconto Incondicionado - Descontos Condicionado

24/10/2017

10:10:59

UNICRED SUL CATARINENSE  
OUVIDORIA UNICRED 0800-940-0602

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 763128                      Usuário: HSD  
Cooperado: HOSPITAL SAO DONATO

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| Conta Débito:  | 763128                     |
| Creditado:     | CLIMEL CLINICA MEDICA LTDA |
| Cooperativa:   | 566                        |
| Conta Crédito: | 1454552                    |
| Finalidade:    | Crédito em Conta           |
| Data:          | 24/10/2017                 |
| Valor:         | R\$ 15.641,66              |

Autenticação Documento: 98671422132983251231

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Fundação Social Hospitalar de Igara  
AGEL BORGHEZAN ORBEM  
Depto. Financeiro

|                                                                                                                                                                                                               |                                                |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA</b><br><b>SECRETARIA DA FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> | Número do RPS                                  | Número da nota<br>4684 |
|                                                                                                                                                                                                               | Data da emissão da nota<br>24/10/2017 08:12:58 |                        |
|                                                                                                                                                                                                               | Data do fato gerador<br>24/10/2017 08:12:58    |                        |
|                                                                                                                                                                                                               | Código de verificação<br>TMICIUTNR             |                        |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: SAMDESC  
 Nome/Razão social: SAMDESC SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA E MANEJO DA DOR DO  
 CPF/CNPJ: 19.021.970/0001-00 Inscrição municipal: 45918  
 Endereço: R JOAO CECHINEL Número: 168 Bairro: PIO CORREA CEP: 88811-450  
 Complemento: EDIF CENTRO MED. SAO JOSE, REF: CENTRO MEDI  
 Município: Criciúma UF: SC  
 E-mail: CRICONCONTABILIDADE@GMAIL.COM Site:

Inscrição estadual:  
 Telefone: (48) 3439-4987  
 Celular:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:  
 Nome/Razão social: FUNDAÇÃO SOCIAL HOSPITALAR DE ICARA  
 CPF/CNPJ: 83.852.418/0001-54 Inscrição municipal:  
 Endereço: SETE DE SETEMBRO Número: 461 Bairro: Centro CEP: 88820-000  
 Complemento:  
 Município: Içara UF: SC  
 E-mail: Telefone:

Fundação Social Hospitalar de Içara  
 AGU BORGHEZAN ORDEM  
 Inscrição estadual:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

|                                                 | Valor unitário | Qtd    | Valor do serviço | Base de cálculo (%) | ISS    |
|-------------------------------------------------|----------------|--------|------------------|---------------------|--------|
| NOTA FISCAL REFERENTE SOBREAVISO DE AGOSTO 2017 | 33.333,3400    | 1,0000 | 33.333,3400      | 33.333,34x2,00 =    | 666,67 |

**Forma de Pagamento**

| Parcela | Vencimento | Tipo    | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
|---------|------------|---------|-------------|---------|------------|------|-------------|---------|------------|------|-------------|
| 1       |            | À vista | 31.283,34   |         |            |      |             |         |            |      |             |

**RETENÇÕES FEDERAIS**

| PIS/PASEP                          | COFINS       | INSS                                 | IR         | CSLL       | Outras retenções |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------------|------------|------------|------------------|
| R\$ 216,67                         | R\$ 1.000,00 | R\$ 0,00                             | R\$ 500,00 | R\$ 333,33 | R\$ 0,00         |
| <b>Valor bruto = R\$ 33.333,34</b> |              | <b>Valor líquido = R\$ 31.283,34</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          | 33.333,34            | 666,67         |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

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

Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 4.483,33 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 703,33 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

24/10/2017

10:13:49

UNICRED SUL CATARINENSE  
OUVIDORIA UNICRED 0800-940-0602

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 763128

Usuário: HSD

Cooperado: HOSPITAL SAO DONATO

|                |                  |
|----------------|------------------|
| Conta Débito:  | 763128           |
| Creditado:     | SAMDESC          |
| Cooperativa:   | 566              |
| Conta Crédito: | 1906089          |
| Finalidade:    | Crédito em Conta |
| Data:          | 24/10/2017       |
| Valor:         | R\$ 31.283,34    |

Autenticação Documento:

08574422132983251231

Cooperado Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

Fundação Social Hospitalar de Içara  
AGEU BORGHEZAN ORBEM  
Deplo. Financeiro