

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                         |
|-----------------|-----------------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros                      |
| Conta origem:   | 00356 / 1292 / 000577321744-5           |
| Tipo de conta:  | 01 - Conta Corrente                     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                                |
| Nome:           | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ:       | 71.485.056/0001-21                      |

|                            |                                              |
|----------------------------|----------------------------------------------|
| Banco:                     | 001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                          |
| Conta destino:             | 0191 / 00000136227-5                         |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                     |
| Nome:                      | CLINICA DE ANESTESIOLOGIA SOROCABA SS        |
| CPF/CNPJ:                  | 08.157.246/0001-83                           |
| Valor:                     | R\$ 6.514,09                                 |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                     |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                        |
| Identificação da operação: | CLINICA DE ANESTESIOLOGIA                    |
| Histórico:                 |                                              |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 07/05/2025          |
| Data / Hora da operação: | 07/05/2025 13:46:18 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 42223110         |
| Chave de segurança: | 9RSN44TXF6FH65W6 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

PAGO COM RECURSOS DO TERMO  
DO CONVÊNIO P.A. Nº 2024/8.964  
FIRMADO COM O MUNICÍPIO  
SOROCABA -SES



PREFEITURA DE SOROCABA  
SECRETARIA JURÍDICA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador



DADOS DA NFS-e

|                                 |                      |                |                       |
|---------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Data e Hora de Emissão da NFS-e | Competência da NFS-e | Número / Série | Código de Verificação |
| 07/05/2025 06:42:59             | 05/2025              | 1166 / U       | zJfKxtJRI             |

EMITENTE DA NFS-e

|                                                                   |                         |           |                |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|----------------|
| CPF/CNPJ:                                                         | Inscrição Municipal:    |           |                |
| 08157246000183                                                    | 142315                  |           |                |
| Nome/Razão Social:                                                | E-mail:                 |           |                |
| CLINICA DE ANESTESIOLOGIA SOROCABA S/S LTDA.                      | contato@numerati.com.br |           |                |
| Endereço: RUA CLAUDIO MANOEL DA COSTA 268 SALA:1 JARDIM VERGUEIRO |                         |           |                |
| Município / País:                                                 | UF:                     | CEP:      | Telefone:      |
| SOROCABA / SP BRASIL                                              | SP                      | 18030-083 | (15) 3231-9837 |

TOMADOR DO SERVIÇO

|                                                           |                                      |           |                |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------|----------------|
| CPF/CNPJ:                                                 | Inscrição Municipal:                 |           |                |
| 71485056000121                                            | 007618                               |           |                |
| Nome/Razão Social:                                        | E-mail:                              |           |                |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICOR.SOROCABA             | nfservermed@santacasasorocaba.com.br |           |                |
| Endereço: AVENIDA SAO PAULO 750 APT0/SALA 2 BLOCO C RASZL |                                      |           |                |
| Município / País:                                         | UF:                                  | CEP:      | Telefone:      |
| SOROCABA / SP BRASIL                                      | SP                                   | 18013-000 | (15) 2101-8000 |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA  
DOCUMENTO A SER PAGO COM RECURSO DO TERMO DE CONVÊNIO PA Nº2024/8.964 FIRMADO COM O MUNICÍPIO DE SOROCABA - SES  
PERÍODO - 01/04/2025 À 30/04/2025  
DRA. ANA AMELIA FERREIRA CARDOSO - CRM Nº 159.900  
DRA. CARLA CIBELE BALLABIO - CRM Nº 94.828  
DRA. ELIANA DE SENE MOREIRA - CRM Nº165.573  
DR. FRANCISCO MANOELDOS S. MENDES - CRM Nº 45.644  
DRA. GIOVANA ALMEIDA FELTRIN CRM Nº 105.032  
DR. JOSÉ MAURO BENETTE - CRM Nº 55.489  
DRA. PATRICIA ANDREA OLIVEIRA PROENÇA - CRM Nº 88.485  
DR. PEDRO PAULO DE OLIVEIRA SOUZA - CRM Nº 46.500  
VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (7,65%) R\$554,62

PAGO COM RECURSOS DO TERMO  
DO CONVÊNIO P.A. Nº 2024/8.964  
FIRMADO COM O MUNICÍPIO  
SOROCABA - SES

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

|                                                                                                               |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS                                          |                                                  |
| Serviço: 04.03 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS, |                                                  |
| Município da Incidência do ISSQN                                                                              | Município / País da Prestação do Serviço         |
| SOROCABA - SP                                                                                                 | SOROCABA / SP                                    |
| Responsável pelo recolhimento do ISSQN                                                                        |                                                  |
| Exigibilidade do ISSQN                                                                                        | Situação do prestador perante o Simples Nacional |
| Exigível                                                                                                      | NÃO OPTANTE                                      |
| Regime especial de tributação do ISSQN                                                                        |                                                  |

CÁLCULO DO ISSQN

|                     |                |                            |                          |              |                   |
|---------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|--------------|-------------------|
| Valor Serviço (R\$) | Deduções (R\$) | Desc. Incondicionado (R\$) | Base Cálculo ISSQN (R\$) | Alíquota (%) | Valor ISSQN (R\$) |
| 7.249,95            | 0,00           | 0,00                       | 7.249,95                 | 4,000000     | 289,99            |

RETENÇÕES

|             |            |           |              |            |            |                        |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
| 289,99      | 108,74     | 47,12     | 217,49       | 0,00       | 72,49      | 0,00                   |

VALOR TOTAL DA NOTA

|                          |                 |                 |                     |
|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| Base Cálculo ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Descontos (R\$) | Valor Líquido (R\$) |
| 7.249,95                 | 735,83          | 0,00            | 6.514,12            |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:  
Número da nota fiscal substituída:

Regra especial:

Autenticado por  
Sistema de Autenticação  
da Prefeitura de Sorocaba

GLEICE BRAGA  
Analista Contábil  
Irmã da Santa Casa de  
Misericórdia de Sorocaba