

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICO ESPECIALIZADOS – PROCESSO Nº HI0006/21**

EMENTA: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA, COM FORNECIMENTO DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL IPIRANGA – PROCESSO Nº HI0006/21.

**CONTRATADA: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA**

Por este instrumento, as partes, de um lado a **FUNDAÇÃO DO ABC – CENTRAL DE CONVÊNIOS**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda sob o N.º 57.571.275/0004-45, com sede na Av. Lauro Gomes, nº 2.000, Vila Sacadura Cabral, Santo André – SP, neste ato representada pela sua Diretora Geral Interina, Dra. Patrícia Veronesi, brasileira, advogada, RG nº 19.847.034-4 e CPF/MF nº 265.160.458-52, doravante denominada simplesmente “CONTRATANTE”, e de outro lado, a **IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 28.994.792/0001-86, com sede na Avenida Paulista, nº 1471, Conjunto 511, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP: 01311-927, neste ato representada por seu sócio Adelbaran Soares Fernandes de Souza, inscrito no CPF/MF sob o nº 435.780.712-34, RG nº 0995013-3, doravante designada “CONTRATADA”, tendo em vista o Processo Administrativo nº HI0006/21 tem por justo e acordado as seguintes condições:

**1.0 - DO OBJETO**

1.1 – O presente contrato tem por objeto a contratação de empresa especializada em serviços de fisioterapia respiratória e motora, na Unidade de Terapia Intensiva com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, para o funcionamento ininterrupto no Hospital Ipiranga, para atendimento de pacientes suspeitos ou infectados pela COVID-19, rigorosamente conforme especificações e condições estabelecidas no Termo de Referência, processo administrativo, proposta comercial e seus anexos, os quais fazem parte integrante desta avença.



## 2.0 - PRAZO

2.1 - O prazo de vigência do contrato é de 90 (noventa) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da assinatura do Termo de Contrato, podendo ser prorrogado uma única vez, por igual período, desde que devidamente comprovado o estado de necessidade que ensejou a contratação.

## 3.0 - CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

3.1 - Os serviços serão iniciados pela CONTRATADA após a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços.

3.2 - A CONTRATANTE fiscalizará obrigatoriamente a execução do contrato, a fim de verificar se no seu desenvolvimento estão sendo observadas as especificações e demais requisitos nele previstos, reservando-se o direito de rejeitar os serviços que, a seu critério, não forem considerados satisfatórios;

3.3 – Deverá a CONTRATADA, tendo ciência do valor global disposto na Cláusula 9.0 deste contrato, manter controle próprio da execução do objeto, não ultrapassando o limite financeiro global estipulado.

3.4 – O valor global poderá ser ultrapassado única e exclusivamente mediante solicitação da CONTRATANTE e desde que devidamente motivado, sendo acompanhado do respectivo Termo Aditivo.

3.5 – Havendo solicitação da CONTRATANTE e aditamento de acréscimo ao valor do contrato, poderá a CONTRATADA continuar a execução do objeto observando o novo valor estipulado.

3.6 – Sendo ultrapassado o valor mensal estimado na Cláusula 9.0, deverá a CONTRATADA informar imediatamente a CONTRATANTE, a fim de que esta redistribua execução do contrato ou solicite o aditamento de valor devido, limitando-se ao disposto na Cláusula 4.7 do presente instrumento.

3.7 – O descumprimento das Cláusulas 3.3 a 3.6 sujeitará a CONTRATADA ao não recebimento dos valores executados que ultrapassem o valor global do Contrato.



3.8 – A equipe de fisioterapia prestará os serviços e deverá ser distribuída nos moldes a seguir estabelecidos:

Item	Descrição	Unidade	Quantidade		
1	FISIOTERAPEUTA	Unidade	2	6H	MATUTINO
2	FISIOTERAPEUTA	Unidade	2	6H	VESPERTINO
3	FISIOTERAPEUTA	Unidade	2	6H	NOTURNO
4	FISIOTERAPEUTA COORDENADOR	Unidade	1	30H	MENSAL

3.9 – Os serviços serão prestados no Hospital Ipiranga, na Avenida Nazaré, 22 – Bairro Ipiranga – São Paulo – SP.

#### 4.0 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

São obrigações da CONTRATADA:

4.1 - Prestar os serviços observando as melhores práticas e técnicas aplicadas no mercado.

4.2 - Cumprir todas as normas, regras e leis aplicáveis a execução do objeto do Contrato.


4.3 - Observar estritamente as normas internas da unidade.

4.4 - Cumprir integralmente todas as suas obrigações tributárias, fiscais, sociais, previdenciárias, trabalhistas, acidentárias, comerciais e civis.

4.5 - Indenizar, imediatamente, a CONTRATANTE por quaisquer danos que seus representantes legais, prepostos, empregados ou terceiros credenciados causem, por culpa, dolo, ação ou omissão, à CONTRATANTE ou a terceiros.

4.6 - Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados nos termos da legislação em vigor.

4.7 - A CONTRATADA deverá estar em condições de prestar os serviços a partir da data da assinatura do Contrato e manter essa condição durante a vigência do contrato, atendendo a demanda contratada, incluindo-se eventuais acréscimos ou supressões que não deverão ultrapassar os 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado



do contrato, nos termos do Regulamento de Compras da Fundação do ABC e, subsidiariamente, a lei 8.666/93.

4.8 - Executar os serviços, objeto do contrato, rigorosamente em conformidade com todas as suas condições e normas legais.

4.9 - A CONTRATADA deverá adotar as medidas, precauções e cuidados tendentes a evitar danos materiais e pessoais de seus funcionários, seus prepostos e a terceiros, pelos quais será inteiramente responsável.

4.10 - A CONTRATADA garantirá a execução do objeto através de pessoas habilitadas e treinadas.

4.11 - A CONTRATADA deverá manter durante todo o período do contrato, compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no certame.

4.12 - Assume a CONTRATADA a responsabilidade Civil e Criminal pela Legitimidade de suas assinaturas e ou de seu representante e pela autenticidade dos documentos apresentados, assim como as informações prestadas.

4.14 - Fica vedada à CONTRATADA a subcontratação objeto de contrato, bem como a execução deste através de terceiros sem expressa anuência da CONTRATANTE, que deverá motivar eventual liberação.

4.14 - A CONTRATADA deverá realizar atendimentos de serviços assistenciais para a unidade.

4.15 - Deverá a CONTRATADA executar os serviços assistenciais para a unidade, contratando e gerindo profissionais especializados, capacitados e devidamente treinados para o perfeito e regular atendimento aos pacientes da CONTRATANTE.

4.16 - Observar estritamente as normas e rotinas internas da unidade.

4.17 - A CONTRATADA deverá cumprir as normas de classificação de risco conforme protocolo institucional;



4.18 – Fornecer Mão de Obra compatível com o desenvolvimento dos trabalhos, bem como orientar os empregados que estes assumam diariamente os postos devidamente asseados, uniformizados e portando crachás com fotografia recente.

4.19 – Deverá a CONTRATADA assegurar que todos os profissionais que cometerem falta disciplinar qualificada como de natureza grave, não deverá ser mantido nem retornar às instalações da unidade.

4.20 – Deverá a CONTRATADA atender, de imediato, as solicitações da unidade; quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços.

4.21 – Deverá a CONTRATADA instruir os profissionais quanto às necessidades de acatar às orientações da unidade; inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho.

4.22 - Relatar para a unidade toda e qualquer irregularidade observada nos postos durante a execução dos serviços, e quais medidas serão tomadas para solução das mesmas.

4.23 – Indicar um responsável para realizar em conjunto com a Unidade, o acompanhamento técnico das atividades, bem como elaboração e implantação de protocolos, visando à qualidade da prestação do serviço.

4.24 – Zelar pelos equipamentos utilizados, fazendo uso dos mesmos somente dentro das especificações técnicas recomendadas pelos fabricantes.

4.25 – Comunicar à CONTRATANTE, por escrito, imediatamente após a constatação de quebra, defeito, desgaste ou qualquer outro problema apresentado nos aparelhos e/ou equipamentos, utilizados pelos profissionais, que reduzam ou impossibilitem o seu uso normal.

4.26 – Responsabilizar-se pelo reparo ou substituição do equipamento e/ou aparelho da CONTRATANTE, caso ocorram problemas em decorrência do mau uso, pelo profissional da CONTRATADA.

4.27 – Não exigir cobrança de qualquer paciente ou terceiro, por quaisquer serviços assistenciais, hospitalares ou complementares da assistência devida ao paciente, por

profissional preposto e/ou sócio da empresa em razão da execução dos serviços contratados, sob pena de responsabilidade civil e/ou criminal daqueles.

4.28 – Deverá a CONTRATADA manter atualizado os prontuários dos pacientes, zelando pela sua integridade e conservação.

4.29 – Obriga-se a CONTRATADA a atender toda agenda dos serviços assistenciais da unidade.

4.30 – Deverá a CONTRATADA atender as Comissões instituídas na Unidade, quais sejam: do SESMT, da CIPA, de Padronização de Material Médico Hospitalar e Medicamentos, da CCIA, de Prontuário Médico, de Investigação Epidemiológica, de Investigação de Doenças e Controle de Zoonoses e Vetores, além de outras Comissões, Normas e Regulamentos.

4.32 – Os serviços deverão ser prestados no Hospital Ipiranga.

4.33 – A CONTRATADA será responsável pela solicitação da licença de funcionamento do serviço de Fisioterapia na Vigilância Sanitária do Município.

4.34 – O Serviço de Reabilitação deverá compreender profissionais capacitados para o atendimento adulto e pediátrico.

4.35 – A CONTRATADA deverá apresentar o responsável técnico de cada serviço prestado.

4.36 – A prestação de serviços será ofertada todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriado, de acordo com o seguinte número de profissionais e períodos:

Item	Descrição	Unidade	Quantidade		
1	FISIOTERAPEUTA	Unidade	2	6H	MATUTINO
2	FISIOTERAPEUTA	Unidade	2	6H	VESPERTINO
3	FISIOTERAPEUTA	Unidade	2	6H	NOTURNO
4	FISIOTERAPEUTA COORDENADOR	Unidade	1	30H	MENSAL



4.37 – A CONTRATADA deverá fornecer no mínimo 01 fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação.

4.38 - Os fisioterapeutas estarão disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI Adulto, durante todo o horário em que estiverem escalados para atuação nesta Unidade.

4.39 - As escalas dos profissionais deverão estar afixadas nas áreas de circulação das unidades de atuação (UTI) e deverão ser entregues até o dia 20 do mês anterior à Diretoria de Divisão Médica e de Enfermagem.

4.40 – Fica ciente a CONTRATADA que todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B, sarampo, caxumba e rubéola, de acordo com a NR32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde estabelecida pela Portaria TÊM/GM nº 485, de 11 de novembro de 2005.

4.41 - Todo paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva deverá receber assistência integral e interdisciplinar.

4.42 - Todo paciente internado na UTI deverá ser avaliado quanto ao seu estado clínico, em todos os turnos, e nas intercorrências clínicas pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, com registro legível, assinado, carimbado e datado em prontuário.

4.43 - A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais.

4.44 – A CONTRATADA deverá apresentar mensalmente à CONTRATANTE o registro de frequência dos profissionais para a verificação dos plantões/horas efetivamente realizados, que servirá como elemento comprobatório para fins de pagamento, bem como, para efeito de fiscalização dos órgãos competentes.

4.45 – A CONTRATADA fica obrigada a cumprir com o indicador de remuneração fixa ao realizar o número mínimo de 18 (dezoito) saídas UTI.

4.45.1 - Fica ciente a CONTRATADA que o não cumprimento do número mínimo estabelecido da cláusula supra, ensejará na glosa do valor remanescente.

## **5.0 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

A Contratante compromete-se a:

5.1 - Disponibilizar estrutura física adequada para a prestação de serviços ora contratada, respeitando as especificações técnicas apresentadas pela CONTRATADA.

5.2 - Indicar responsável para fiscalização dos serviços a serem prestados pela CONTRATADA.

5.3 - Promover os pagamentos avançados pelos serviços efetivamente prestados, nas condições e prazos especificados e ora acordados.

## **6.0 - DA FISCALIZAÇÃO**

6.1 – A Contratante fiscalizará à execução dos serviços através de funcionário (s) designado (s) para esse fim, com a incumbência de relatar ao supervisor as falhas ou irregularidades que verificar, as quais, se não forem sanadas, serão objetos de comunicado oficial, expedido Contratante Unidade, à CONTRATADA.

6.2 – A execução do contrato será fiscalizada em todos os aspectos pertinentes ao objeto ajustado, inclusive, reservando o direito de resolução de quaisquer casos omissos ou duvidosos, não previstos em memorial ou neste contrato, em especial às especificações, requisitos, sinalizações, segurança, implicando o direito de rejeitar os serviços insatisfatórios, intimando a execução das devidas modificações, quando for o caso.

6.3 – O exercício de fiscalização por parte da Contratante não eximirá a CONTRATADA das responsabilidades pelos danos materiais e pessoais que vier a causar a terceiros ou à Unidade por culpa ou dolo de seus prepostos, na execução do contrato, nos termos do Código Civil.

## **7.0 - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS**



7.1 – A CONTRATANTE compromete-se a pagar o preço constante da proposta da CONTRATADA, observadas as seguintes condições:

7.2 – Os pagamentos serão realizados mensalmente no décimo quinto dia do mês subsequente a prestação dos serviços, mediante emissão de notas fiscais, após atestação dos serviços realizados no período.

7.3 – No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente.

7.4 – A CONTRATADA deverá indicar, com a documentação fiscal, o número da conta corrente e a agência, preferencialmente do Banco Santander S/A, a fim de agilizar o pagamento.

7.5 – Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.

7.6. O pagamento será efetuado mediante a apresentação, pela CONTRATADA, dos seguintes documentos, que serão arquivados pela CONTRATANTE:

- a) Nota Fiscal constando discriminação detalhada do serviço prestado.
- b) CND válida, provando regularidade do prestador de serviço contínuo de contrato formal, junto à Previdência Social.
- c) Prova de regularidade perante o FGTS.

7.7 – As notas fiscais, referentes aos serviços prestados, deverão ser entregues em tempo considerável (quinto dia útil do mês), para que a CONTRATANTE possa proceder com as análises devidas e o subsequente pagamento dos valores.

7.8 - A CONTRATANTE procederá a retenção tributária, referente aos serviços prestados, nas alíquotas legalmente devidas, incidentes sobre o valor destacado em nota fiscal.

7.9 - A CONTRATADA, neste ato, declara estar ciente de que os recursos utilizados para o pagamento dos serviços, ora contratados, serão aqueles repassados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em razão do Convênio firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



7.10 - A CONTRATANTE compromete-se a pagar o preço constante da proposta da CONTRATADA, desde que não ocorram atrasos e/ou paralisações dos repasses pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para a CONTRATANTE, relativo ao custeio do objeto do Convênio firmado.

7.11 - No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente, salvo quando decorram de atrasos e/ou paralisações dos repasses pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a CONTRATANTE, em consonância com o disposto nas cláusulas 7.9 e 7.10 deste CONTRATO.

7.12 - A presente avença extinguir-se-á automaticamente em caso de rescisão do contrato de gestão/convênio celebrado entre a CONTRATANTE e a Administração Pública, não cabendo indenização de qualquer natureza às partes.

## **8.0 – DO RECEBIMENTO**

8.1 – No recebimento dos serviços serão observados os preceitos pertinentes ao Regulamento Interno de Compras da Fundação do ABC.

8.2 – A CONTRATADA mensalmente apresentará relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas.

## **9.0 – DO VALOR**

9.1 – Dar-se-á ao presente contrato o valor mensal estimado de R\$ 48.944,46 (quarenta e oito mil, novecentos e quarenta e quatro reais e quarenta e seis centavos), perfazendo o valor global para a vigência contratual estimado no importe de R\$ 146.833,38 (cento e quarenta e seis mil, oitocentos e trinta e três reais e trinta e oito centavos).

## **10.0 - DAS PENALIDADES**

10.1 – As penalidades serão propostas pela fiscalização da Contratante e aplicadas, se for o caso, pela autoridade competente, garantindo o contraditório administrativo com defesa prévia.

10.2 – Multa de 3% (três por cento) sobre o valor, na recusa da empresa vencedora em assiná-lo dentro do prazo estabelecido.



10.3 – Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, por inexecução parcial do contrato, podendo a Contratante autorizar a continuação do mesmo.

10.4 – Multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, por inexecução total do mesmo.

10.5 – Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, do valor do faturamento do mês em que ocorrer a infração, se o serviço prestado estiver em desacordo com as especificações propostas e aceitas pela Contratante.

10.6. – Multa de 1% (um por cento) sobre o valor do contrato, por dia de atraso no cumprimento dos prazos estipulados em contrato.

10.7 – As multas são independentes entre si, podendo ser aplicadas cumulativamente. A aplicação de uma não exclui a das outras, bem como a das demais penalidades previstas em lei.

10.8 – O valor relativo, às multas eventualmente aplicadas, será deduzido de pagamentos que a Contratante efetuar, mediante a emissão de recibo.

10.9 – As penalidades serão propostas pela fiscalização da Contratante e aplicadas, se for o caso, pela autoridade competente, garantindo o contraditório administrativo com defesa prévia.

#### **11.0 - DA RESCISÃO**

11.1 – O não cumprimento das obrigações contratuais pelas partes ensejará rescisão contratual, sendo lícito, a qualquer das partes, denunciá-lo a qualquer tempo, com antecedência mínima de (30) trinta dias, sem que caiba a outra parte direito de indenização de qualquer espécie.

11.2 – O presente Contrato poderá ser rescindido unilateralmente, desde que haja conveniência para a Contratante mediante autorização escrita e fundamentada da autoridade superior, sem que caiba a CONTRATADA o direito de indenização de qualquer espécie.

11.3 - A presente avença extinguir-se-á automaticamente em caso de rescisão do contrato de gestão/convênio celebrado entre a CONTRATANTE e a Administração Pública, não cabendo indenização de qualquer natureza às partes.

11.4 – Este instrumento poderá ser rescindido por ato unilateral da Contratante, verificando-se a ocorrência de descumprimento de cláusulas contratuais, assegurados, no entanto, o contraditório e a ampla defesa.

11.4 - A rescisão poderá ocorrer a qualquer momento, em defesa do interesse público.

11.5 - No caso de não interesse de renovação do contrato por parte da CONTRATADA, a mesma deverá comunicar a CONTRATANTE, em um prazo mínimo de 30 (trinta) dias, ou manter o serviço contratado em funcionamento por igual período, após o vencimento do mesmo.

11.6 – A presente avença poderá ser rescindida com aviso prévio em caso de conclusão de tomada de preços realizada nos termos do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC, que objetive a substituição da contratação emergencial.

## **12.0 - DISPOSIÇÕES FINAIS**

12.1 – Este ajuste regular-se-á pelas suas disposições e partes integrantes tais como seus anexos, processo administrativo, proposta da CONTRATADA, legislação vigente e demais normas de direito aplicáveis.

12.2 – Fica eleito o foro da Comarca de Santo André para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato.

E, por estarem as partes de comum acordo sobre as estipulações, termos e condições deste instrumento, firmam-no em 03 (três) vias, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Santo André, 12 de março de 2021.





**FUNDAÇÃO DO ABC – CENTRAL DE CONVÊNIOS**

Nome:

CPF:

  
Dra. Patricia Veronesi  
Diretora Geral  
Fundação do ABC  
Central de Convênios




**IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA**

Nome:

CPF:

Testemunhas:

1-

Nome:  RENATA ANZOLIN LAMBERTINI

CPF: 299637128-35

2-

Nome: 

CPF: 594.474.218-22

(ESTA PÁGINA PERTENCE AO CONTRATO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA, COM FORNECIMENTO DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL IPIRANGA – PROCESSO Nº H10004/21)

Santo André, 11 de março de 2021

Ofício N° 0102/2021

Ref. Contratação Direta de empresa especializada em serviços de fisioterapia

Ao Departamento de Compras

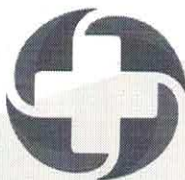
Considerando o Convênio 0007/2021 e o Termo Aditivo nº 00001/2021 Processo nº SES-PRC-2020/50652 firmado entre a Secretaria do Estado de Saúde e a FUABC, para o **GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL IPIRANGA DE 18 LEITOS DE UTI E O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE SINDROME GRIPAL - PARA ENFRENTAMENTO DA COVID 19** de acordo com o parecer Jurídico datado em 08 de março de 2021 e a necessidade de continuação das atividades, solicitamos a contratação de empresa de Prestação de Serviços de Fisioterapia de forma direta, tendo em vista a continuidade da assistência e considerando pertinente manter a ampliação da prestação de serviço pela empresa atual, tendo em vista que o serviço será executado dentro de um mesmo ambiente.

Estima-se o valor de R\$ 55.015,50/mês máximo. Prazo de 90 (noventa) dias, prorrogáveis por mais 90 (noventa) dias.

A necessidade de contratação direta se faz necessária, considerando o enfrentamento da COVID-19 para disponibilizar atendimento aos pacientes graves com risco de morte.

Segue quantidade de profissionais necessárias, conforme Plano de Trabalho proposto:





**IDEAL SUPORTE**  
ASSISTÊNCIA MÉDICA

PROC N° HI0006/21  
FLS 2  
VISTO [assinatura]

A Fundação do ABC - Central de Convênios.  
A/C: Sr. Francisco Barroso - Comprador

Ref. Processo nº0004/2021 ( 20 Leitos de UTI).

1. A empresa Ideal Suporte Assistência Médica Ltda., inscrita no CNPJ n.º 28.994.792/0001-86, com sede na Av. Paulista nº 1471, 5º Andar, Conjunto 511, Cerqueira Cesar, CEP: 01311-200, São Paulo – São Paulo, por intermédio de seu representante legal, Sr. Adelbaran Soares Fernandes de Souza, infra-assinado, para os fins da proposta nº 0004/2021, apresenta a seguinte proposta de preço:

PROFISSIONAL				QTD ESTIMADA DE PLANTÃO	VALOR UNITÁRIO ( 1 PLANTÃO)	VALOR UNITÁRIO (2 PLANTÕES)	VALOR ESTIMADO MENSAL	VALOR MÁXIMO 3 MESES
FISIOTERAPEUTA	2	6H	MATUTINO	31	R\$ 239,11	R\$ 478,22	R\$ 14.824,82	R\$ 44.474,46
FISIOTERAPEUTA	2	6H	VESPERTINO	31	R\$ 239,11	R\$ 478,22	R\$ 14.824,82	R\$ 44.474,46
FISIOTERAPEUTA	2	6H	NOTURNO	31	R\$ 239,11	R\$ 478,22	R\$ 14.824,82	R\$ 44.474,46
FISIOTERAPEUTA COORDENADOR	1		COORDENADOR 30H				R\$ 4.470,00	R\$ 13.410,00
TOTAL							R\$ 48.944,46	R\$ 146.833,38

1.1 DA VALIDADE DA PROPOSTA: A proposta tem validade mínimo de 60 (sessenta) dias, contados da adjudicação dos serviços ofertados.

1.2 DECLARAMOS, para os devidos fins, QUE CONSIDERAMOS, NA FORMULAÇÃO DOS CUSTOS DA PROPOSTA DE PREÇOS OU SEJA, todos os custos necessários para o atendimento do objeto desta contratação emergencial preço tais como: custos com mão de obra, equipamentos, materiais, utensílios e transporte, impostos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas, fretes, seguros, deslocamentos de pessoal, garantia e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre o objeto licitado.

São Paulo, 12 de março de 2021.

**Adelbaran Soares Fernandes de Souza**  
Representante Legal  
Ideal Suporte Assistência Médica Ltda.

**TERMO DE ADITAMENTO Nº 01/2021**

AO CONTRATO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA EM LEITOS DE UTI, VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL IPIRANGA – PROCESSO Nº HI0006/21.

**CONTRATADA: IDEAL SUPORTE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**

Por este instrumento, as partes, de um lado a **FUNDAÇÃO DO ABC – CENTRAL DE CONVÊNIOS**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda sob o N.º 57.571.275/0004-45, com sede na Av. Lauro Gomes, nº 2.000, Vila Sacadura Cabral, Santo André – SP, neste ato representada por sua Diretora Geral Interina, Dra. Patrícia Veronesi, brasileira, advogada, RG nº 19.847.034-4 e CPF/MF nº 265.160.458-52, doravante denominada simplesmente “CONTRATANTE”, e de outro lado, a **IDEAL SUPORTE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 28.994.792/0001-86, com sede na Avenida Paulista, nº 1471, Conjunto 511, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP: 01311-927, neste ato representada na forma de seu contrato social, doravante designada “CONTRATADA”, tendo em vista o Processo Administrativo nº HI0006/21 tem por justo e acordado as seguintes condições:

**Cláusula Primeira** – Fica aditado o presente contrato, com a finalidade de declarar que a vigência do **CONTRATO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA EM LEITOS DE UTI, VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL IPIRANGA – PROCESSO Nº HI0006/21**, fica prorrogada por 24 (vinte e quatro) dias, a contar de 10 de junho de 2021.

**Cláusula Segunda** – Dá ao presente contrato o valor estimado no importe de R\$ 37.892,49 (trinta e sete mil, oitocentos e noventa e dois reais e quarenta e nove centavos), para o período de 24 (vinte e quatro) dias.


**Cláusula Terceira** - Ficam mantidas as demais condições contratuais, não conflitantes com a alteração ora estabelecida.

E, por estarem às partes de comum acordo sobre as cláusulas, termos e condições deste instrumento, firmam em 03 (três) vias de original teor, na presença de 02(duas) testemunhas.





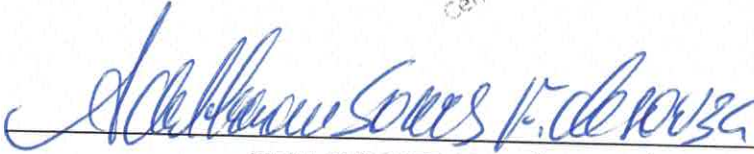
Santo André, 10 de junho de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**FUNDAÇÃO DO ABC – CENTRAL DE CONVÊNIOS**

Nome:

CPF:

Dr. Patrícia Aronesti  
Diretora Geral  
Fundação do ABC  
Central de Convênios

  
\_\_\_\_\_  
**IDEAL SUPORTE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**

Nome:

CPF:

Testemunhas:

**Francisco Barroso**  
Depto de Compras  
FUABC - Central de Convênios

1-

Nome:

CPF:



2-

Nome: **Luiz Silva**

CPF: **Comprador**

**FUABC - Central de Convênios**

(ESTA PÁGINA PERTENCE AO TERMO DE ADITAMENTO 01/21 DO CONTRATO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA EM LEITOS DE UTI, VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL IPIRANGA – PROCESSO Nº H10006/21)

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021 20210518u28994792000186	Número da Nota <b>00000017</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 16:23:26</b> Código de Verificação <b>K41C-89U7</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 <b>IDEAL SUPORTE</b> ASSISTENCIA MEDICA	<b>000271</b> CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86      Inscrição Municipal: 6.806.266-4 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo      UF: SP			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45      Inscrição Municipal: --- Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André      UF: SP      E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: ---      Nome/Razão Social: ---				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 12 A 31/03/2021 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H TARDE - 12:00H ÀS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 20 DIAS TRABALHADOS - 120 PLANTÕES - TOTAL R\$ 28.693,20 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA R\$ 4.470,00 - PROPORCIONAL PARA 20 DIAS - R\$ 2.831,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 31.524,20 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SICOOB - N° DO BANCO: 756 AG: 5008 CC: 94.181-6				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 31.524,20</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
3.467,66	472,86	315,24	945,73	204,91
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	31.524,20	2,00%	630,48	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 6;				

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original



15 0000

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	H210006/21
Competência	03/21
Centro de Custo	Hosp. Infantil
Vencimento	20,05,21

R. 39

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 26.117,80
19 MAI 2021
 Resp. Fiscal



Emissão de comprovantes

G3332010346791201  
20/05/2021 10:39:13  
000274

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
20/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 10.39.13  
1911901911 SEGUNDA VIA 0024

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: FUNDACAO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.773-4

=====

FINALIDADE: 07 PAGAMENTO FORNECEDORES  
REMETENTE : FUNDACAO DO ABC  
BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO SICOOB SA BANCO S  
AGENCIA: 5008-3 - CCLA MANAUS - SICOOB UNIAM  
CONTA: 94.181-6

FAVORECIDO: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LT  
CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86  
VALOR: R\$ 42.626,15  
DEBITO EM: 20/05/2021

=====

DOCUMENTO: 052005  
AUTENTICACAO SISBB: 3.29B.E4F.CD7.BB3.D4D



Transação efetuada com sucesso por: JA104272 ROSIMEIRE ROBERTA DE SIQUEIRA OLIVE.

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original



COPIA

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021 20210518u28994792000186	Número da Nota <b>00000017</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 16:23:26</b> Código de Verificação <b>K41C-89U7</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 <b>IDEAL SUPORTE</b> ASSISTÊNCIA MÉDICA	CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo UF: SP			
<b>000336</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.671.275/0004-45 Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 12 A 31/03/2021 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H TARDE - 12:00H ÀS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 20 DIAS TRABALHADOS - 120 PLANTÕES - TOTAL R\$ 28.693,20 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA R\$ 4.470,00 - PROPORCIONAL PARA 20 DIAS - R\$ 2.831,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 31.524,20 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SICCOB - Nº DO BANCO: 756 AG: 5008 CC: 94.181-6				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 31.524,20</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
8.787,66	472,86	315,24	945,73	204,91
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	31.524,20	2,00%	630,48	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 6;				

Confere com a Original

 Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	H10006/21
Competência	03/21
Centro de Custo	HOSP. IPIRANGA
Vencimento	20, 05, 21

R. 39

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 26.117,80
19 MAI 2021
 Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.10  
1911901911 - SEGUNDA VIA 0052

000337

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: FUNDACAO DO ABC  
AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.773-4  
=====

Convenio GPS - CODIGO DE BARRAS	
Codigo de Barras	8586000034-9 67660270263-0
	12899479200-6 01862021057-8
Data do pagamento	17/06/2021
Valor Total	3.467,66


-----

DOCUMENTO: 061707  
AUTENTICACAO SISBB: 0.2ED.94C.04C.FAF.C16

Confere com a  
Original

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio n° 00007/2021  
Hospital Ipiranga




 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	1708
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	000338
<b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
IR S/ NF 17 IDEAL SUPORTE  <b>DARF válido para pagamento até 18/06/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>SANTO ANDRE</b>  <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>  Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	472,86
	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	472,86

85690000004-8 72860064116-7 91575712750-0 00117081151-5

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	1708
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
IR S/ NF 17 IDEAL SUPORTE  <b>DARF válido para pagamento até 18/06/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>SANTO ANDRE</b>  <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>  Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	472,86
	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	472,86

85690000004-8 72860064116-7 91575712750-0 00117081151-5

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)





Confere com a Original

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021 20210518u28994792000186	Número da Nota <b>00000017</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 16:23:26</b> Código de Verificação <b>K41C-89U7</b>			
 <b>IDEAL SUPORTE</b> ASSOCIACAO MEDICA	<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b> CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo UF: SP			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b> Nome/Razão Social: FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b> CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 12 A 31/03/2021 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H TARDE - 12:00H ÀS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 20 DIAS TRABALHADOS - 120 PLANTÕES - TOTAL R\$ 28.693,20 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA R\$ 4.470,00 - PROPORCIONAL PARA 20 DIAS - R\$ 2.831,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 31.524,20 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SICOOB - Nº DO BANCO: 756 AG: 5008 CC: 94.181-6				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 31.524,20</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
3.467,66	472,86	315,24	945,73	204,91
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	31.524,20	2,00%	630,48	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b> (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 6;				

Confere com a Original

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

CENTRAL DE CONVÊNIO  
Proc. Nº H.10006/21  
Competência 03/21  
Centro de Custo HOSP. INFANCIA  
Emissão 20/05/21

R. 39

**FISCAL**  
CENTRAL DE CONVÊNIO  
VR LIQ. 26.117,80  
19 MAI 2021  
  
Resp. Fiscal



18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.10  
1911901911 SEGUNDA VIA 0079

000340

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: FUNDACAO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.773-4

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 1911 - CORP BANK INFRA SP

CODIGO DE BARRAS 85690000004 72860064116

91575712750 00117081151

DATA DO PAGAMENTO 17/06/2021

PERIODO DE APURACAO -----

NUMERO DO CPF -----

CODIGO DA RECEITA -----

NUMERO DE REFERENCIA -----

DATA DO VENCIMENTO -----

RECEITA BRUTA ACUMULADA -----

PERCENTUAL -----

VALOR DO PRINCIPAL -----

VALOR DA MULTA -----

VALOR DOS JUROS -----


VALOR TOTAL 472,86

DOCUMENTO: 061708

AUTENTICACAO SISBB: C.350.A04.DBB.67E.D24

Confere com a  
Original

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga


 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	5952
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	<b>000341</b>
<b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
COFINS S/ NF 17 IDEAL SUPORTE	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	1.465,88
<b>DARF válido para pagamento até 18/06/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>SANTO ANDRE</b> <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	1.465,88

8564000014-2 65880064116-4 91575712750-0 00159521151-5

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	5952
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
COFINS S/ NF 17 IDEAL SUPORTE	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	1.465,88
<b>DARF válido para pagamento até 18/06/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>SANTO ANDRE</b> <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	1.465,88

8564000014-2 65880064116-4 91575712750-0 00159521151-5

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)





Confere com a Original

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021	Número da Nota <b>00000017</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 16:23:26</b> Código de Verificação <b>K41C-89U7</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>  CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86      Inscrição Municipal: 6.806.266-4 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo      UF: SP				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b> Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45      Inscrição Municipal: --- Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André      UF: SP      E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b> CPF/CNPJ: ---      Nome/Razão Social: ---				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 12 A 31/03/2021 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H TARDE - 12:00H ÀS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 20 DIAS TRABALHADOS - 120 PLANTÕES - TOTAL R\$ 28.693,20 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA R\$ 4.470,00 - PROPORCIONAL PARA 20 DIAS - R\$ 2.831,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 31.524,20 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SICOOB - Nº DO BANCO: 756 AG: 5008 CC: 94.181-6				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 31.524,20</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
3.467,66	472,86	315,24	945,73	204,91
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	31.524,20	2,00%	630,48	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b> (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 6;				

Confere com a  
Original

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga



CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	H.10006/21
Competência	03/21
Centro de Custo	HOSP. ITALIANO
Encerramento	30.05.21

R. 39

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 26.117,80
19 MAI 2021
 Mônica
Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.10  
1911901911 SEGUNDA VIA 0084

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

000343



CLIENTE: FUNDAÇÃO DO ABC  
AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.773-4  
=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 1911 - CORP BANK INFRA	SP
CODIGO DE BARRAS	85640000014 65880064116
	91575712750 00159521151
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
PERIODO DE APURACAO	-----
NUMERO DO CPF	-----
CODIGO DA RECEITA	-----
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	-----
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	-----
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	1.465,88

-----

DOCUMENTO: 061709  
AUTENTICACAO SISBB: 1.5FC.9B3.E06.1E5.C24

Confere com a  
Original  
Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 02/06/2021 20210602u28994792000186	Número da Nota <b>00000024</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>02/06/2021 17:59:10</b>			
	Código de Verificação <b>KZEV-IMXR</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 <b>IDEAL SUPORTE</b> ASSISTENCIA MÉDICA	CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo UF: SP			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-570 Município: Santo André UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 01 A 31/05/2021 - UTI PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H ÀS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 31 DIAS TRABALHADOS - UTI - 186 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 44.474,46 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 48.944,46 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SANTANDER - N° DO BANCO: 033 AG: 0833 CC: 13.002003-1				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 48.944,46</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
5.383,89	734,17	489,44	1.468,33	318,14
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	48.944,46	2,00%	978,88	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 22;				

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original



CENTRAL DE CONVÊNIOS	
Proc. Nº	H10006/21
Competência	05/21
Centro de Custo	IPICAJ5
Vencimento	1506,21

N. 39

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIOS
VR LIQ. 40.550,49
09 JUN 2021
<i>Monique</i>
Resp. Fiscal

*Saura*  
Sabina Martins Petrossi Catolia  
Gerente Administrativo  
FUABC - Central de Convênios  
08/06/21



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3331715143933011  
17/06/2021 15:18:18

000293

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.18.19  
1911901911 SEGUNDA VIA 0073

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: FUNDAÇÃO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.773-4

FINALIDADE: 07 PAGAMENTO FORNECEDORES

REMETENTE : FUNDAÇÃO DO ABC

BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO SICOOB SA BANCO S

AGENCIA: 5008-3 - CCLA MANAUS - SICOOB UNIAM

CONTA: 94.181-6

FAVORECIDO: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LT

CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86

VALOR: R\$ 125.079,77

DEBITO EM: 15/06/2021



DOCUMENTO: 061501

AUTENTICACAO SISBB: C.BF0.5DA.C9A.A31.8BF

Transação efetuada com sucesso por: JA104272 ROSIMEIRE ROBERTA DE SIQUEIRA OLIVE.

40.550,49 - NF 23  
24.564,73 - NF 25  
39.361,87 - NF 26  
20.602,68 - NF 27

Confere com a  
Secretaria de Estado de Saúde Original  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 02/06/2021		Número da Nota <b>00000024</b> Data e Hora de Emissão <b>02/06/2021 17:59:10</b> Código de Verificação <b>KZEV-IMXR</b>		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 <b>IDEAL SUPORTE</b> <small>ASSISTÊNCIA MÉDICA</small>	CPF/CNPJ: <b>28.994.792/0001-86</b> Nome/Razão Social: <b>IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA</b> Endereço: <b>AV PAULISTA 1471, CONJ 611 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927</b> Município: <b>São Paulo</b>	Inscrição Municipal: <b>6.806.266-4</b> UF: <b>SP</b>		
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS</b> CPF/CNPJ: <b>57.571.275/0004-45</b> Endereço: <b>AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870</b> Município: <b>Santo André</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA.  PERÍODO: 01 A 31/05/2021 - UTI PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H ÀS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 31 DIAS TRABALHADOS - UTI - 186 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 44.474,46  COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00  VALOR TOTAL DA NF: R\$ 48.944,46  DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SANTANDER - Nº DO BANCO: 033 AG: 0833 CC: 13.002003-1				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 48.944,46</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
5.383,89	734,17	489,44	1.468,33	318,14
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	48.944,46	2,00%	978,88	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 22;				

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original




SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
ANT ATENDIMENTO - 14.28.50  
SEGUNDA VIA 0057

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

BANCARIA MUNICIPAL DO ABC  
 ENDERECO: 1911-9 ONITA: 8.113-4  
 =====  
 A. A. BREVESADOUR  
 CNPJ: 001 - 911 - 0001 BARRA LINDA SE  
 BARRA DE BARRAS 25640000022 75910064120  
 11575712750 00159521181  
 DATA DO PAGAMENTO 20/07/2021  
 VALOR DO PAGAMENTO  
 VALOR DO DEBITO  
 VALOR DO CREDITO  
 VALOR DO PAGAMENTO  
 VALOR DO DEBITO  
 VALOR DO CREDITO  
 VALOR DO PAGAMENTO  
 VALOR DO DEBITO  
 VALOR DO CREDITO  
 VALOR DO PAGAMENTO 2.275,91  
 VALOR DO DEBITO  
 VALOR DO CREDITO  
 =====  
 CANCELADO: 07/09/20  
 IDENTIFICACAO STIBER: B.C46.8A7.8FE.847.112


Secretaria de Estado de Saude  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	5952
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
COFINS S/ NF 24 IDEAL SUPORTE	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	2.275,91
<b>DARF válido para pagamento até 20/07/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.70.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	2.275,91
85640000022-5 75910064120-9 11575712750-7 00159521181-2		<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	5952
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
COFINS S/ NF 24 IDEAL SUPORTE	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	2.275,91
<b>DARF válido para pagamento até 20/07/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.70.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	2.275,91
85640000022-5 75910064120-9 11575712750-7 00159521181-2		<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga  
 Confira com a  
 Original

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**  
 Serviço prestado em 02/06/2021

Número da Nota: **00000024**  
 Data e Hora de Emissão: **02/06/2021 17:59:10**  
 Código de Verificação: **KZEV-IMXR**

002106100128984792000188



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**  
 CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86  
 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA  
 Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927  
 UF: SP  
 Inscrição Municipal: 6.806.266-4  
 Município: São Paulo

**TOMADOR DE SERVIÇOS**  
 Nome/Razão Social: FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS  
 CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45  
 Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870  
 Município: Santo André  
 UF: SP  
 E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br  
 Inscrição Municipal: ----

**INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**  
 CPF/CNPJ: ----  
 Nome/Razão Social: ----

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**  
 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA.  
 PERÍODO: 01 A 31/05/2021 - UTI  
 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA.  
 2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H  
 2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H ÀS 18:00H  
 2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H ÀS 00:00H  
 PARA 21 DIAS TRABALHADOS - UTI - 136 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 44.474,46  
 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00  
 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 48.944,46  
 DADOS PARA DEPOSITO:  
 BANCO SANTANDER - N° DO BANCO: 033  
 AS: 0993  
 CC: 12.002003-4

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 48.944,46**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
5.393,89	734,17	489,44	1.468,33	318,14
<b>Código do Serviço</b>				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	48.944,46	2,00%	978,89	0,00
Município de Prestação do Serviço		Número Inscrição de Core	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respeito na Lei nº 14.097/2005, (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2021, (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 22.

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original

APP - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
INFORMACOES - ANTEREEDIMENTO - 14.28.50  
INFORMACOES - SEGUNDA VIA 0055

CONHECIMENTO DE PAGAMENTO

EMPRESA: FUNDACAO DO ABC

AGENCIA: 1811-9 CONTA: 8.773-4

=====

NOME DO DEBITADOR

CODIGO DO BANCO - 001 - CORE BANK INERA SP

CODIGO DE BARRAS 25640000007 34170064120

NUMERO DE BARRAS 11575712750 00117081181

DATA DO PAGAMENTO 20/07/2021

VALOR DO PAGAMENTO -----

VALOR DO INTERESSE -----

VALOR DA COMISSAO -----

VALOR DO PRECATO -----

VALOR DO JUROS -----

VALOR DO JUROS ACUMULADO -----

VALOR TOTAL -----

VALOR DO PRINCIPAL -----

VALOR DA MULTA -----

VALOR DOS JUROS -----

VALOR TOTAL 734,17

=====

NUMERO DO DOCUMENTO: 07.004

IDENTIFICACAO STGER: 0.173.372.400.668.53B

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original





**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
 Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

**01** NOME / TELEFONE  
 FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS  
 2666-5400

IR S/ NF 24 IDEAL SUPORTE

**DARF válido para pagamento até 20/07/2021**

Domicílio tributário do contribuinte:  
 SANTO ANDRE

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4

<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	1708
<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	734,17
<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>10</b> VALOR TOTAL	734,17

8564000007-6 34170064120-0 11575712750-7 00117081181-2

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



— cortar nesta linha —



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
 Documento de Arrecadação de Receitas Federais

**DARF**

**01** NOME / TELEFONE  
 FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS  
 2666-5400

IR S/ NF 24 IDEAL SUPORTE

**DARF válido para pagamento até 20/07/2021**

Domicílio tributário do contribuinte:  
 SANTO ANDRE

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4

<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	1708
<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	734,17
<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>10</b> VALOR TOTAL	734,17

8564000007-6 34170064120-0 11575712750-7 00117081181-2

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



— cortar nesta linha —

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Confere com a  
Original

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

Serviço prestado em 02/06/2021

Número da Nota

00000024

Data e Hora de Emissão

02/06/2021 17:59:10

Código de Verificação

KZEV-IMXR

2021060202894782000186

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86

Inscrição Municipal 6.806.266-4

Nome/Razão Social IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927

UF: SP

Município: São Paulo



IDEAL SUPORTE

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS

Inscrição Municipal: ----

CPF/CNPJ 57.571.275/0004-45

Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870

UF: SP

E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br

Município: Santo André

**INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ ----

Nome/Razão Social ----

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA.

PERÍODO: 01 A 31/05/2021 - UTE  
 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 199,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA.

1 PLANTÃO DE 6H - UTE MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H

2 PLANTÃO DE 6H - UTE TARDE - 12:00H ÀS 18:00H

3 PLANTÃO DE 6H - UTE NOITE - 18:00H ÀS 00:00H

PARA 31 DIAS TRABALHADOS - UTE - 136 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 44.474,46

COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 48.944,46

DADOS PARA DEPOSITO:

BANCO SANTANDER - Nº DO BANCO: 023

AG: 0823

CC: 13.002003-1

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 48.944,46**

ISS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
5.393,89	734,17	489,44	1.469,33	318,14

Código do Serviço	Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Credito (R\$)
04391 - Fisioterapia.	0,00	48.944,46	2,00%	979,89	0,00

Município da Prestação do Serviço	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005, (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e, 10/07/2021, (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 22.

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
20/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.28.50  
1911901911 SEGUNDA VIA 0042

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

ORIENTE: FUNDACAO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.773-4

=====  
Convenio GPS - CODIGO DE BARRAS  
Codigo de Barras 85840000053-1 83890270263-5  
12899479200-6 01862021067-5  
Data do pagamento 20/07/2021  
Valor Total 5.383,89  
=====

DOCUMENTO: 072003


AUTENTICACAO SISBB: 6.456.828.C8E.7EF.E91

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original



1ª vis. SRP

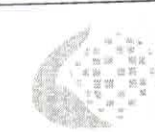
 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRF INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
	4 - COMPETÊNCIA	06/2021
	5 - IDENTIFICADOR	28.994.792/0001-86
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO / TELEFONE</p> <p>IDEAL SUPORTE ASSIST MEDICA LTDA AV PAULISTA, 1471 BELA VISTA INSS S/ NF 24</p>	6 - VALOR INSS	5.383,89
	7 -	
	8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo do INSS)	20/07/2021	
<p><b>ATENÇÃO:</b> É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pela SRP. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p>	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
	10 - ATM / MULTA E JUROS	
	11 - TOTAL	5.383,89

8584000053-1    83890270263-5    12899479200-6    01862021067-5



12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

2ª vis. CONTRIBUINTE

 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRF INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
	4 - COMPETÊNCIA	06/2021
	5 - IDENTIFICADOR	28.994.792/0001-86
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO / TELEFONE</p> <p>IDEAL SUPORTE ASSIST MEDICA LTDA AV PAULISTA, 1471 BELA VISTA INSS S/ NF 24</p>	6 - VALOR INSS	5.383,89
	7 -	
	8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo do INSS)	20/07/2021	
<p><b>ATENÇÃO:</b> É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pela SRP. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p>	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
	10 - ATM / MULTA E JUROS	
	11 - TOTAL	5.383,89

8584000053-1    83890270263-5    12899479200-6    01862021067-5





12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com o Original



 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021		Número da Nota <b>00000026</b> Data e Hora de Emissão <b>09/06/2021 23:17:57</b> Código de Verificação <b>SUW-XJX2</b>		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 <b>IDEAL SUPORTE</b>	CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo	Inscrição Municipal: 6.806.266-4 UF: SP		
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André		Inscrição Municipal: ---- UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br		
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: ----		Nome/Razão Social: ----		
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 01 A 30/04/2021 - UTI PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H ÀS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 30 DIAS TRABALHADOS - UTI - 120 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 43.039,80  COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00 TOTAL: 47.509,80  DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SANTANDER - Nº 033 AG: 0433 CC: 12000000-1				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 47.509,80</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
5.226,08	712,65	475,10	1.425,29	308,81
Código do Serviço 04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	47.509,80	2,00%	950,19	0,00
Município de Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005, (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2021, (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 20.				

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original

S S S - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
 20/07/2021 - AUTATENDIMENTO - 14.28.51  
 111991811 SEGUNDA VIA 0049

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

NOME DO PUNTAÇÃO DO ABO  
 NÚMERO: 1911-9 CONTA: 81773-4

-----

DE: BANCODR001  
 BANCO DO BRASIL - BANCODR001 - BANCODR001 - SP  
 Nº DE BARRAS: 806.0000022 09200064120  
 Nº DE BARRAS: 001575712750 00159521181

TARX DO PAGAMENTO: 20/07/2021

TARX DO APLICAÇÃO: -----

TIPO DO DESP: -----

TARX DA FOLHA: -----

TARX DE PREFERÊNCIA: -----

TARX DE CANCELAMENTO: -----

TARX DE BOMBA ACUMULADA: -----

TARX DE BOMBA: -----

TARX DE RETROTRAT: -----

TARX DA NOTA: -----

TARX DOS JUROS: -----


TARX TOTAL: 2.209,20

-----

TARX DO: 070011  
 AUTATENDIMENTO: A.895.478.508.351.E58


Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p> <p><b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400</p> <p>COFINS S/ NF 26 IDEAL SUPORTE</p> <p><b>DARF válido para pagamento até 20/07/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>SANTO ANDRE</b></p> <p><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b></p> <p>Auto Atendimento Versão 5.70.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4</p>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	5952
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	2.209,20
	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	2.209,20
	<p>8561000022-8 09200064120-6 11575712750-7 00159521181-2</p> <p><b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)</p>	



cortar nesta linha

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p> <p><b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400</p> <p>COFINS S/ NF 26 IDEAL SUPORTE</p> <p><b>DARF válido para pagamento até 20/07/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>SANTO ANDRE</b></p> <p><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b></p> <p>Auto Atendimento Versão 5.70.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4</p>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	5952
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	2.209,20
	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	2.209,20
	<p>8561000022-8 09200064120-6 11575712750-7 00159521181-2</p> <p><b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)</p>	



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20210705428994792000186

Número da Nota

**00000033**

Data e Hora de Emissão

**05/07/2021 17:24:52**

Código de Verificação

**LPSD-RTFV****PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86

Inscrição Municipal: 6.806.266-4

Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927

Município: São Paulo

UF: SP

IDEAL SUPORTE

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS

CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45

Inscrição Municipal: ----

Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870

Município: Santo André

UF: SP

E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br

**INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA - UTI COVID 1 E UTI COVID 2

PERÍODO: 01 A 04/07/2021 - UTI

PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA.

2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H

2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H ÀS 18:00H

2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H ÀS 00:00H

PARA 04 DIAS TRABALHADOS - 24 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 5.738,64

COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 4 DIAS - R\$ 596,00

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 6.334,64

DADOS PARA DEPOSITO:

BANCO SANTANDER - N° DO BANCO: 033

AG: 0833

CC: 13.002003-1

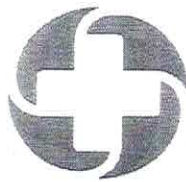
**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 6.334,64**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
696,81	95,02	63,35	190,04	41,18
Código do Serviço <b>04391 - Fisioterapia.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	6.334,64	2,00%	126,69	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra		Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-		-		-

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/08/2021;

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital IpirangaConfere com a  
Original



**IDEAL SUPORTE**  
ASSISTÊNCIA MÉDICA

A FUNDAÇÃO ABC – CENTRAL DE CONVÊNIOS

A/C: SETOR DE FINANCEIRO

CC: GERENCIA ADMINISTRATIVA – SRA SABRINA CAFOLLA

CC: SETOR DE COMPRAS – SR. FRANCISCO R. BARROSO

ASSUNTO: Solicitação de Pagamento em Conta Banco Santander

Prezados Senhores,

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos através deste informar que a conta no Banco Sicoob - Agência Manaus, onde foram feitos os pagamentos anteriores, foi encerrada.

Diante do exposto, solicitamos que os pagamentos futuros sejam feitos na conta conforme descrição abaixo.

**BANCO SANTANDER – Nº DO BANCO: 033**

**AG: 0833**

**CC: 13.002003-1**

Desde já agradeço a atenção.

São Paulo, 05 de julho de 2021.

Adelmar Soares Fernandes de Souza

Diretor Geral

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga







**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	0344 / 006 / 00071117-9
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FUNDACAO DO ABC
<b>CPF/CNPJ:</b>	57.571.275/0004-45

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5008 / 00000094181-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IDEAL SUPORTE E ASSISTENCIA MEDICA
<b>CPF/CNPJ:</b>	28.994.792/0001-86
<b>Valor:</b>	R\$ 5.248,24
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 10,45
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 33
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/07/2021
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/07/2021 11:34:13

<b>Código da operação:</b>	00140985
<b>Chave de segurança:</b>	6CP3KN0NJ9USJ1LC



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  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021	Número da Nota <b>00000026</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>09/06/2021 23:17:57</b>			
	Código de Verificação <b>SUIW-XJX2</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo	CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Inscrição Municipal: 6.806.266-4 UF: SP			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: ---- CPF/CNPJ: ----				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 01 A 30/04/2021 - UTI PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H AS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H AS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H AS 00:00H PARA 30 DIAS TRABALHADOS - UTI - 120 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 43.039,80  COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00 TOTAL: 47.509,80  DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SANTANDER - N° 033 AG: 0833 CC 12002003-1				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 47.509,80</b>				
ISS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
6.226,08	712,65	476,10	1.425,29	308,81
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	47.509,80	2,00%	950,19	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005, (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2021, (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 20.				

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/07/2021 - AUTOCATENDIMENTO - 14.28.91  
1 - IP1991 - OSOONDA VIA 0055

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

EMPRESA: MUNICIPALIDADE DO ARO  
 C-DEBITO: 191-9 CONTA: 8.773-4

---

DATA DE PAGAMENTO: 20/07/2021

DATA DE EMISSAO: 20/07/2021

VALOR TOTAL: 712,65

FORMA DE PAGAMENTO: 07.810  
 IDENTIFICADORA: F.5DD.916.F63.91F.94A

Secretaria de Estado de Saude  
Convênio nº 0007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original



Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
 Documento de Arrecadação de Receitas Federais  
**DARF**

**01** NOME / TELEFONE  
 FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS  
 2666-5400

IR S/ NF 26 IDEAL SUPORTE

**DARF válido para pagamento até 20/07/2021**

Domicílio tributário do contribuinte:  
**SANTO ANDRE**

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.89.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4

<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	1708
<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	712,65
<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>10</b> VALOR TOTAL	712,65

85610000007-9 12650064120-7 11575712750-7 00117081181-2

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
 Documento de Arrecadação de Receitas Federais  
**DARF**

**01** NOME / TELEFONE  
 FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS  
 2666-5400

IR S/ NF 26 IDEAL SUPORTE

**DARF válido para pagamento até 20/07/2021**

Domicílio tributário do contribuinte:  
**SANTO ANDRE**

**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.89.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4

<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	1708
<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	712,65
<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>10</b> VALOR TOTAL	712,65

85610000007-9 12650064120-7 11575712750-7 00117081181-2

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)





cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b>		Número da Nota <b>00000026</b>		
<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021		Data e Hora de Emissão <b>09/08/2021 23:17:57</b>		
		Código de Verificação <b>SUW-XJX2</b>		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 CFF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo	Inscrição Municipal: 6.806.266-4 UF: SP			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CFF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CFF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 11 A 10/04/2021 - UTI PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 199,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H AS 12:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H AS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H AS 00:00H PARA 30 DIAS TRABALHADOS - UTI - 180 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 43.039,80  COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00 TOTAL: 47.509,80  DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SANTANDER - N° 033 AG: 0833 CC: 13602003-1				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 47.509,80</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
6.226,08	712,65	475,10	1.425,29	306,81
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Credito (R\$)
0,00	47.509,80	2,00%	950,19	0,00
Município de Prestação do Serviço		Número Inscrição da Cora	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.067/2005, (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/08/2021, (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 20.				

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/07/2021 8 10:11:20 ATENDIMENTO = 14.28.51  
1011901917 SEGUNDA VIA 0340

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

PLANOS DE AUTORIZACAO DO ABC  
 AGENCIA: 191-9 CONTA: 8.000-4

---

MANEIRA DE PAGAMENTO - CODIGO DE BARRAS  
 CODIGO DE BARRAS: 85880000052-0 26080270263-1  
 12899479200-6 01862021067-5

DATA DO PAGAMENTO: 20/07/2021  
 VALOR TOTAL: 5.226,08


---

COMPLEMENTO: 002009  
 AUTORIZACAO SIGES: 7.900.8A3.486.9DD.FBE

Secretaria de Estado de Saude  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga


Confere com a  
Original



 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRF INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
	4 - COMPETÊNCIA	06/2021
	5 - IDENTIFICADOR	28.994.792/0001-86
	6 - VALOR INSS	5.226,08
	7 -	
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO / TELEFONE IDEAL SUPORTE ASSIST MEDICA LTDA AV PAULISTA, 1471 BELA VISTA INSS S/ NF 26	8 -	
	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
	10 - ATM / MULTA E JUROS	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo do INSS)	20/07/2021	
<b>ATENÇÃO:</b> É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pela SRP. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.	11 - TOTAL	5.226,08
	12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

8588000052-0    26080270263-1    12899479200-6    01862021067-5



 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRF INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
	4 - COMPETÊNCIA	06/2021
	5 - IDENTIFICADOR	28.994.792/0001-86
	6 - VALOR INSS	5.226,08
	7 -	
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO / TELEFONE IDEAL SUPORTE ASSIST MEDICA LTDA AV PAULISTA, 1471 BELA VISTA INSS S/ NF 26	8 -	
	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
	10 - ATM / MULTA E JUROS	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo do INSS)	20/07/2021	
<b>ATENÇÃO:</b> É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pela SRP. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.	11 - TOTAL	5.226,08
	12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

8588000052-0    26080270263-1    12899479200-6    01862021067-5



Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a Original

87734

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021 20210609028984792000186	Número da Nota <b>00000026</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>09/06/2021 23:17:57</b> Código de Verificação <b>SUIW-XJX2</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 <b>IDEAL SUPORTE</b> <small>ASSOCIAÇÃO MÉDICA</small>	CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo			
	Inscrição Municipal: 6.806.266-4 UF: SP			
<b>000289</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André				
Inscrição Municipal: --- UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 01 A 30/04/2021 - UTI PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. 2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H* - 2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H ÀS 18:00H 2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 30 DIAS TRABALHADOS - UTI - 180 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 43.039,80  COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00 TOTAL: 47.509,80  DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SANTANDER - Nº 033 AG: 0833 CC 13002003-1				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 47.509,80</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
5.226,08	712,65	475,10	1.425,29	308,81
Código do Serviço				
<b>04391 - Fisioterapia.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	47.509,80	2,00%	950,19	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 20;				

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original



CENTRAL DE CONVÊNIOS	
Proc. Nº	H1000/21
Competência	04/21
Centro de Custo	IPHENJE
Vencimento	15/06/21

L.39

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIOS
VR LIQ. 39.361,87
11 JUN 2021

Resp. Fiscal

  
Sabrina Martins Pedrosa Cafolla  
Gerente Administrativo  
FUABC - Central de Convênios



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3331715143933011  
17/06/2021 15:18:18

000293

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
17/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.18.19  
1911901911 SEGUNDA VIA 0073COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: FUNDAÇÃO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.773-4

FINALIDADE: 07 PAGAMENTO FORNECEDORES

REMETENTE : FUNDAÇÃO DO ABC

BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO SICOOB SA BANCO S

AGENCIA: 5008-3 - CCLA MANAUS - SICOOB UNIAM

CONTA: 94.181-6

FAVORECIDO: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LT

CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86

VALOR: R\$ 125.079,77

DEBITO EM: 15/06/2021

DOCUMENTO: 061501

AUTENTICACAO SISBB: C.BF0.5DA.C9A.A31.8BF

Transação efetuada com sucesso por: JA104272 ROSIMEIRE ROBERTA DE SIQUEIRA OLIVE.

40.550,49 - NF 23  
24.564,73 - NF 25  
39.361,87 - NF 26  
20.602,68 - NF 27

Confere com a  
Secretaria de Estado de Saúde Original  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20210705u28994792000186

Número da Nota

**00000029**

Data e Hora de Emissão

**05/07/2021 16:50:21**

Código de Verificação

**RAKS-1WUR****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **28.994.792/0001-86**Inscrição Municipal: **6.806.266-4**Nome/Razão Social: **IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA**Endereço: **AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS**CPF/CNPJ: **57.571.275/0004-45**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870**Município: **Santo André**UF: **SP**E-mail: **monique.rodrigues@fuabc.org.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA - UTI COVID 1 E UTI COVID 2

PERÍODO: **01 A 30/06/2021 - UTI**

PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA.

2 PLANTÃO DE 6H - UTI MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H

2 PLANTÃO DE 6H - UTI TARDE - 12:00H ÀS 18:00H

2 PLANTÃO DE 6H - UTI NOITE - 18:00H ÀS 00:00H

PARA 30 DIAS TRABALHADOS - UTI - 180 PLANTÕES DE 6H - TOTAL R\$ 43.039,80

COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA 30 DIAS - R\$ 4.470,00

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 47.509,80

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 47.509,80**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
<b>5.226,08</b>	<b>712,65</b>	<b>475,10</b>	<b>1.425,29</b>	<b>308,81</b>

Código do Serviço

**04391 - Fisioterapia.**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	<b>47.509,80</b>	<b>2,00%</b>	<b>950,19</b>	<b>0,00</b>

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/08/2021;

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital IpirangaConfere com a  
Original



**IDEAL SUPORTE**  
ASSISTÊNCIA MÉDICA

A FUNDAÇÃO ABC – CENTRAL DE CONVÊNIOS

A/C: SETOR DE FINANCEIRO

CC: GERENCIA ADMINISTRATIVA – SRA SABRINA CAFOLLA

CC: SETOR DE COMPRAS – SR. FRANCISCO R. BARROSO

ASSUNTO: Solicitação de Pagamento em Conta Banco Santander

Prezados Senhores,

Ao cumprimenta-los cordialmente, vimos através deste informar que a conta no Banco Sicoob - Agencia Manaus, onde foram feitos os pagamentos anteriores, foi encerrada.

Diante do exposto, solicitamos que os pagamentos futuros sejam feitos na conta conforme descrição abaixo.

**BANCO SANTANDER – Nº DO BANCO: 033**

**AG: 0833**

**CC: 13.002003-1**

Desde já agradeço a atenção.

São Paulo, 05 de julho de 2021.

Ademar Soares Fernandes de Souza

Diretor Geral

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original



RELAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS PLANTONISTAS UTI COVID 2- 4º ANDAR - PERÍODO 01/06/21 A 30/06/2021

DATA	PLANTONISTA DIURNO - 06h as 18h	PLANTONISTA NOTURNO - 18h as 00h	COORDENAÇÃO
01/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	Dra. Renata A. Lambertini - Crefito: 66325-F
02/06/2021	Luciana Poloniato - Crefito: 176604	Robert Santos Dorea - Crefito: 325528	
03/06/2021	Rogger Guimarães - Crefito: 305443	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
04/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Ivanei Santana - Crefito: 228209	
05/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
06/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
07/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
08/06/2021	Luciana Poloniato - Crefito: 176604	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
09/06/2021	Rogger Guimarães - Crefito: 305443	Paula Patrícia Cardoso - Crefito: 44431	
10/06/2021	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	Nil Elisson Silva Santana - Crefito: 232579	
11/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
12/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
13/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
14/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
15/06/2021	Rogger Guimarães - Crefito: 305443	Paula Patrícia Cardoso - Crefito: 44431	
16/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
17/06/2021	Luciana Poloniato - Crefito: 176604	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
18/06/2021	Rogger Guimarães - Crefito: 305443	Paula Patrícia Cardoso - Crefito: 44431	
19/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
20/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
21/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Paula Patrícia Cardoso - Crefito: 44431	
22/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
23/06/2021	Luciana Poloniato - Crefito: 176604	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
24/06/2021	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
25/06/2021	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
26/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
27/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
28/06/2021	Flaubert Luiz Lopes Rocha - Crefito: 78883	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
29/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
30/06/2021	Rogger Guimarães - Crefito: 305443	Paula Patrícia Cardoso - Crefito: 44431	
	FINAL DE SEMANA		

Atesto que os Fisioterapeutas acima realizaram os plantão nas datas e horários conforme descrição em planilha, na UTI Covid 2 do Hospital Ipiranga.

  
Dra. Renata A. Lambertini  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 66325-F

Renata A. Lambertini  
Coordenação de Fisioterapia

Adelbaran S. Fernandes de Souza  
Sócio Diretor

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original

RELAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS PLANTONISTAS UTI COVID 4º ANDAR - PERÍODO 01/06/21 A 30/06/2021

DATA	PLANTONISTA DIURNO - 06h as 18h	PLANTONISTA NOTURNO - 18h as 00h	COORDENAÇÃO
01/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Dra. Renata A. Lambertini - Crefito 66325-F
02/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
03/06/2021	Pedro Henrique Silva - Crefito: 326747	Paula Patrícia Cardoso - Crefito: 44431	
04/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
05/06/2021	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
06/06/2021	Renata Anzolin Lambertini - Crefito: 66325	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
07/06/2021	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
08/06/2021	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	Milene Miranda Martins - Crefito: 122003	
09/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
10/06/2021	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	Fernanda Almeida - Crefito: 232726	
11/06/2021	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	Ivanei Santana - Crefito: 228209	
12/06/2021	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	Ivanei Santana - Crefito: 228209	
13/06/2021	Flaubert Luiz Lopes Rocha - Crefito: 78883	Flaubert Luiz Lopes Rocha - Crefito: 78883	
14/06/2021	Rogger Guimarães - Crefito: 305443	Nil Elisson Silva Santana - Crefito: 232579	
15/06/2021	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
16/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Ivanei Santana - Crefito: 228209	
17/06/2021	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	
18/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	
19/06/2021	Flaubert Luiz Lopes Rocha - Crefito: 78883	Ivanei Santana - Crefito: 228209	
20/06/2021	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	
21/06/2021	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
22/06/2021	Débora Morbidelli - Crefito: 149267	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
23/06/2021	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	Ivanei Santana - Crefito: 228209	
24/06/2021	Rogger Guimarães - Crefito: 305443	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
25/06/2021	Flaubert Luiz Lopes Rocha - Crefito: 78883	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	
26/06/2021	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
27/06/2021	Dallane da Silva dos Santos - Crefito 288212	Nil Elisson Silva Santana - Crefito: 232579	
28/06/2021	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
29/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito: 304954	Beatriz Maranesi Freitas - Crefito: 300479	
30/06/2021	Débora Morbidelli - Crefito: 149267	Karen Castanho de Jesus - Crefito: 324111	
	FINAL DE SEMANA		

Atesto que os Fisioterapeutas acima realizaram os plantão nas datas e horários conforme descrição em planilha, na UTI 1 Covid do Hospital Ipiranga.

  
 Dra. Renata A. Lambertini  
 Fisioterapeuta  
 CREFITO 66325-F

Renata A. Lambertini  
 Coordenação de Fisioterapia

Adelbaran S. Fernandes de Souza  
 Sócio Diretor

Secretaria de Estado de Saúde  
 Convênio nº 00007/2021  
 Hospital Ipiranga

Confere com a  
 Original

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	0344 / 006 / 00071117-9
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FUNDACAO DO ABC
<b>CPF/CNPJ:</b>	57.571.275/0004-45

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5008 / 00000094181-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IDEAL SUPORTE E ASSISTENCIA MEDICA
<b>CPF/CNPJ:</b>	28.994.792/0001-86
<b>Valor:</b>	R\$ 39.361,87
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 10,45
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 29
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/07/2021
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/07/2021 11:34:13

<b>Código da operação:</b>	00140980
<b>Chave de segurança:</b>	7XEM9QAE42TURH96

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

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 00007/2021  
Hospital Ipiranga

Confere com a  
Original