



IDEAL SUPORTE
ASSISTÊNCIA MÉDICA

PROC Nº HT/00091
FLS 28
VISTO e

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

Ref. Processo /Proposta - 20 Leitos de UNIDADE DE INTERNAÇÃO - ENFERMARIA.

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 n.º 0004/2021, apresenta a seguinte proposta de preço:

PROFISSIONAL				QTD ESTIMADA DE PLANTÃO	VALOR UNITÁRIO (1 PLANTÃO)	VALOR ESTIMADO MENSAL	VALOR MÁXIMO 3 MESES
FISIOTERAPEUTA	1	6H	07:00h às 13:00h	31	R\$ 239,11	R\$ 7.412,41	R\$22.237,23
FISIOTERAPEUTA	1	6H	13:00h às 19:00h	31	R\$ 239,11	R\$ 7.412,41	R\$22.237,23
FISIOTERAPEUTA	1	6H	19:00h às 01:00h	31	R\$ 239,11	R\$ 7.412,41	R\$22.237,23
FISIOTERAPEUTA	1	6H	01:00h às 07:00h	31	R\$ 239,11	R\$ 7.412,41	R\$22.237,23
FISIOTERAPEUTA COORDENADOR	1		COORDENADOR 30H			R\$ 0,00	R\$ 0,00
TOTAL						R\$ 29.649,64	R\$ 88.948,92

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, 04 de abril de 2021.


Adelbaran S. Fernandes de Souza
Socio Diretor
Ideal Suporte Assistência Médica
Representante Legal
Ideal Suporte Assistência Médica Ltda.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICO ESPECIALIZADOS – PROCESSO Nº HI0009/21

EMENTA: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO - ENFERMARIA, VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL IPIRANGA -- PROCESSO Nº HI0009/21.

CONTRATADA: IDEAL SUPORTE ASSISTÊNCIA 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 HI0009/21 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 Internação – Enfermaria, com o fornecimento de equipe de plantonistas e diaristas, para o funcionamento ininterrupto no Hospital Ipiranga, 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.

Caio


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

	PROFISSIONAIS			QUANTIDADE ESTIMADA DE PLANTÕES
FISIOTERAPEUTA DAS 07h00 ÀS 13h00	1	06 H	MATUTINO	31
FISIOTERAPEUTA DAS 13h00 ÀS 19h00	1	06 H	VESPERTINO	31
FISIOTERAPEUTA DAS 19h00 ÀS 01h00	1	06 H	NOTURNO	31
FISIOTERAPEUTA DAS 01h00 ÀS 07h00	1	06 H	NOTURNO	31
FISIOTERAPEUTA COORDENADOR	1	30H		

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.

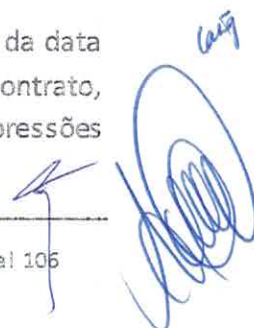
4.3 - Observar estritamente as normas internas da unidade.

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.

4.15 - A CONTRATADA se compromete a aceitar e reconhecer que não se estabelecerá qualquer vínculo empregatício entre a CONTRATANTE e os trabalhadores que forem encaminhados pela CONTRATADA para a prestação dos serviços e assumir a obrigação de responder e suportar integralmente todos os custos, despesas, pagamentos de verbas, indenizações, direitos e tudo mais que for estipulado em acordo, sentença e demais decisões, relativos às reclamações trabalhistas, bem como em decorrência de processos judiciais cíveis e/ou trabalhistas de qualquer natureza, que sejam eventualmente instaurados ou ajuizados em desfavor da CONTRATANTE por sócios, ex-sócios, funcionários e ex-funcionários da CONTRATADA, sendo que neste caso a CONTRATADA requererá em juízo a exclusão da CONTRATANTE do feito.



4.16 – A CONTRATADA deverá realizar atendimentos de serviços assistenciais para a unidade.

4.17 – 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.

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

4.19 - A CONTRATADA deverá cumprir as normas de classificação de risco conforme protocolo institucional.

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

4.21 – 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.

4.22 – 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.

4.23 – 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.

4.24 - 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.

4.25 – 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.

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

- 4.27 – 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.
- 4.28 – 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.
- 4.29 – 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.
- 4.30 – Deverá a CONTRATADA manter atualizado os prontuários dos pacientes, zelando pela sua integridade e conservação.
- 4.31 – Obriga-se a CONTRATADA a atender toda agenda dos serviços assistenciais da unidade.
- 4.32 – 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.
- 4.33 – Os serviços deverão ser prestados no Hospital Ipiranga.
- 4.34 – A CONTRATADA será responsável pela solicitação da licença de funcionamento do serviço de Fisioterapia na Vigilância Sanitária do Município.
- 4.35 – O Serviço de Reabilitação deverá compreender profissionais capacitados para o atendimento adulto e pediátrico.
- 4.36 – A CONTRATADA deverá apresentar o responsável técnico de cada serviço prestado.

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

PROFISSIONAIS				QUANTIDADE ESTIMADA DE PLANTÕES MÊS
FISIOTERAPEUTA DAS 07h00 ÀS 13h00	1	06 H	MATUTINO	31
FISIOTERAPEUTA DAS 13h00 ÀS 19h00	1	06 H	VESPERTINO	31
FISIOTERAPEUTA DAS 19h00 ÀS 01h00	1	06 H	NOTURNO	31
FISIOTERAPEUTA DAS 01h00 ÀS 07h00	1	06 H	NOTURNO	31
FISIOTERAPEUTA COORDENADOR	1	30H		

4.38 – 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.

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

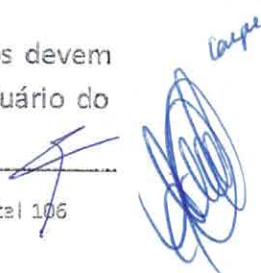
4.40 - As escalas dos profissionais deverão estar afixadas nas áreas de circulação das unidades de atuação e deverão ser entregues até o dia 20 do mês anterior à Diretoria de Divisão Médica e de Enfermagem.

4.41 – 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.

4.42 - Todo paciente internado deverá receber assistência integral e interdisciplinar.

4.43 - Todo paciente internado 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.

4.44 - 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.

4.45 – 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.

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

4.47 – A CONTRATADA deverá elaborar mensalmente e disponibilizar até o último dia de cada mês, para a Diretoria Técnica e de Enfermagem, a escala dos profissionais designados para as funções estabelecidas no objeto deste contrato em formato digital e editável.

4.48 – A CONTRATADA disponibilizará, em caráter irrevogável, profissional para realizar os procedimentos objeto da presente contratação, devendo preencher eventuais lacunas nas escalas dos fisioterapeutas de sua gestão.

4.49 - A CONTRATADA disponibilizará, em caráter irrevogável, profissional para realizar o plantão no caso de ausências, justificadas ou não. Nas trocas de plantão, o profissional deverá permanecer na unidade até a chegada do próximo profissional escalado para assumir o plantão seguinte, de modo que se mantenha a continuidade do atendimento. Sendo assim, no caso de eventual atraso daquele, permanecerá exercendo o atendimento pelo tempo que prevalecer a ausência de seu sucessor.

4.50 – Será de única e exclusiva responsabilidade da CONTRATADA e de seus sócios a elaboração das escalas de plantão dos fisioterapeutas que prestarão os serviços, sem nenhuma interferência, opinião ou ingerência da CONTRATANTE.

4.51 – As partes deixam claro que a CONTRATANTE está contratando os serviços fisioterápicos a serem prestados pela CONTRATADA, sendo que a designação e escolha daqueles que irão prestar tais serviços deve ser feita exclusivamente pela CONTRATADA. Para a CONTRATANTE interessa que o profissional designado para a prestação de serviços seja competente tecnicamente, registrado no Conselho de Classe e atenda os pacientes de forma humanizada e com padrões de excelência.

- 4.52 – Obriga-se a CONTRATADA a designar profissionais para prestar serviços à CONTRATANTE que tenham, necessária e obrigatoriamente, habilitação para exercício da profissão, devendo, ainda, estar registrado e em dia com o CREFITO, bem como, apresentar periodicamente o comprovante de recertificação.
- 4.53 – A CONTRATADA deverá atender integralmente toda e qualquer solicitação para procedimentos de fisioterapia durante o horário de cobertura.
- 4.54 – Os trabalhos objeto desta contratação deverá ser coordenados por fisioterapeutas com conhecimento específico na área.
- 4.55 – Os profissionais atuantes na instituição deverão seguir as normas de segurança da unidade sobre pena de multa por descumprimento.
- 4.56 – Os profissionais deveram ser escalados de acordo com resolução RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 e demanda institucional.
- 4.57 – O prestador deverá indicar profissional para coordenação e responsabilidade técnica conforme determina RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.
- 4.58 – A cada 30 (trinta) dias o coordenador deverá emitir relatórios, formulários, gráficos e tabelas contendo as informações inerentes às ações executadas, bem como coordenar e fiscalizar todas as atividades propostas no referido projeto.
- 4.59 – A CONTRATADA deverá manter completo e absoluto sigilo sobre quaisquer dados, materiais, pormenores, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações que venha a ter conhecimento ou acesso, ou que venha a ser confiado em razão deste contrato, sendo eles de interesse do CONTRATANTE, não podendo, sob qualquer pretexto, divulgar, revelar, reproduzir, utilizar ou deles dar consentimento a terceiros a esta contratação, sob pena da lei.
- 4.60 – A CONTRATADA tem ciência e deverá deixar claro aos seus profissionais que a prestação dos serviços não caracteriza vínculo de nenhuma forma com a CONTRATANTE.
- 4.61 – A CONTRATADA deverá apresentar mensalmente à CONTRATANTE o registro de frequência dos profissionais médicos 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.

4.62 – A CONTRATADA fica ciente que mediante situação justificada (técnica, ou disciplinar), poderá a CONTRATANTE solicitar a substituição do profissional médico, quando este não estiver correspondendo às expectativas do serviço contratado.

4.63 – A CONTRATADA deverá ser responsável por todos os ônus e tributos, emolumentos, honorários ou despesas incidentais sobre os serviços contratados, bem como cumprir rigorosamente, todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias e acidentárias relativas ao pessoal que empregar para a execução dos serviços, inclusive as decorrentes de convenções, acordos ou dissídios coletivos, mantendo à disposição do CONTRATANTE toda e qualquer documentação pertinente (ficha de registro, guias de recolhimento dos encargos trabalhistas e previdenciários, exames admissionais e periódicos).

4.64 – A CONTRATADA deverá permitir a realização, pela CONTRATANTE, a qualquer momento e sem prévio aviso, de auditoria a com relação aos atendimentos dos pacientes, tanto do ponto de vista administrativo como técnico.

4.65 – A CONTRATADA deverá apresentar, mensalmente, relatório qualitativo e quantitativo dos atendimentos realizados na CONTRATADA.

4.66 – A CONTRATADA deverá apresentar mensalmente à CONTRATANTE o Certificado de Regularidade do FGTS (CRF), o Certificado Negativo de Débitos (CND), relativo a Tributos Federais e Dívidas da União e o Certificado Nacional de Débitos Trabalhistas (CNDT), que deverão ser enviadas juntamente com a Nota fiscal da competência. O pagamento da fatura ficará condicionado ao recebimento desses documentos.

4.67 – A CONTRATADA deverá participar de sindicâncias e outros processos administrativos da instituição, quando solicitado.

4.68 - A CONTRATADA receberá pelos serviços executados, de acordo com o valor correspondente aos preços unitários contratados.

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 avençados 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 – Dá ao presente contrato o valor mensal estimado de R\$ 29.649,64 (vinte e nove mil, seiscentos e quarenta e nove reais e sessenta e quatro centavos), perfazendo o valor global para a vigência contratual estimado no importe de R\$ 88.948,92 (oitenta e oito mil, novecentos e quarenta e oito reais e noventa e dois 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.

Nome:

CPF:



FUNDAÇÃO DO ABC - CENTRAL DE CONVÊNIOS

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



IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Nome: *Adelbaran Soares Fernandes de Souza*

CPF: *435.780.712-34*

Testemunhas:

1- Caighe W E Ferreira
Nome: Caighe W E Ferreira
CPF: 36.422.291-8

2- Myllena m. c. Gomes
Nome: Myllena Maciel Costa Gomes
CPF: 493.360.478-69

(ESTA PÁGINA PERTENCE AO CONTRATO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA, VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL IPIRANGA - PROCESSO Nº H10009/21)

Santo André, 29 de março de 2021

Ofício N° 154/2021

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, 20 LEITOS DE ENFERMARIA 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\$ 97.959,5/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:



Serviço	Qtde de Profissionais (A)
Fisioterapeuta (1 por turno, matutino, vespertino e noturno, perfazendo total de 18 horas diárias) 7 dias da semana Especialidade relacionada a assistência ao paciente grave	4

Atenciosamente,

SABRINA MARTINS PEDROSO CAFOLLA
GERENTE ADMINISTRATIVO
FUNDAÇÃO DO ABC – CENTRAL DE CONVÊNIOS

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20210705u28854792000186

Número da Nota

00000034

Data e Hora de Emissão

05/07/2021 17:31:54

Código de Verificação

GYJZ-GR7Z**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

IDEAL SUPORTE

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 INTERNAÇÃO - ENFERMARIA 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA. PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA.

PERÍODO: 01 A 04/07/2021 - ENFERMARIA

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

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 12:00H ÀS 18:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 18:00H ÀS 00:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 00:00H ÀS 06:00H

PARA 04 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 16 PLANTÕES - TOTAL R\$ 3.825,76

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 3.825,76

DADOS PARA DEPOSITO:

BANCO SANTANDER - N° DO BANCO: 033

AG: 0833

CC: 13.002003-1

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.825,76

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
420,83	57,39	38,26	114,77	24,87
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	3.825,76	2,00%	76,51	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 o
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

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

Via Internet Banking CAIXA

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

Banco:	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5008 / 00000094181-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IDEAL SUPORTE E ASSISTENCIA MEDICA
CPF/CNPJ:	28.994.792/0001-86
Valor:	R\$ 3.169,64
Valor da tarifa:	R\$ 10,45
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	NF 34
Histórico:	

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

Código da operação: 00140984
Chave de segurança: 61YQQYHCYP45ZFSC

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número da Nota

00000025

Data e Hora de Emissão

02/06/2021 18:05:50

Código de Verificação

BKWX-EXQ1

20210602183984782030186



CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Inscrição Municipal: 6.806.266-4

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 INTERNAÇÃO - ENFERMARIA COVID 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA.

PERÍODO: 01 A 31/05/2021 - ENFERMARIA

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA MANHÃ - 07:00H ÀS 13:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 13:00H ÀS 19:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 19:00H ÀS 01:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 01:00H ÀS 07:00H

PARA 31 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 124 PLANTÕES - TOTAL R\$ 29.649,64

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 29.649,64

DADOS PARA DEPOSITO:

BANCO SANTANDER - Nº DO BANCO: 033

AG: 0833

CC: 13.002603-1

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 29.649,64

INSS (R\$)	3.251,46	IRRF (R\$)	444,74	CSLL (R\$)	296,50	COFINS (R\$)	889,49	PIS/PASEP (R\$)	192,72
Código do Serviço	04391 - Fisioterapia.								
Valor Total das Deduções (R\$)	0,00	Base de Cálculo (R\$)	29.649,64	Alíquota (%)	2,00%	Valor do ISS (R\$)	592,99	Credito (R\$)	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 respeito na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2021;

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

Confere com a Original

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
10/07/2021 - AUTOCATENDIMENTO - 14.28.51
101901911 - SEGUNDA VIDA 0054

CONFERENCIA DE PAGAMENTO

DE: CNPJ DE FUNDACAO DO ABC
 AGENCIA: 911-9 CONTA: 8.773-4
 =====
 1.4. ANEXOS DO
 CNPJ 001 - 1011 - CORP BANK INFRA SP
 (CNPJ) DE BARRAS 85660000013 78710064120
 11575712750 00159521181
 DATA DO PAGAMENTO 20/07/2021

 VALOR DE APURACAO -----
 NUMERO DO CPF -----
 VALOR DA FAMILIA -----
 NUMERO DE DEPENDENTES -----
 VALOR DO VANT FAMILIA -----
 VALOR DA RENTA ACUMULADA -----
 VALOR DA -----
 VALOR DO PATRIMONIO -----
 VALOR DA RENDA -----
 VALOR DOS JUROS -----
 VALOR TOTAL 1.278,71

 VALOR DO OTIMIZADOR -----
 IDENTIFICACAO STARR: 0.ARE.BE4.967.CDC.3DF

Secretaria de Estado de Saude
Convênio nº 00007/2021
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

02	PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
03	NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
04	CÓDIGO DA RECEITA	5952
05	NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06	DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
07	VALOR DO PRINCIPAL	1.378,71
08	VALOR DA MULTA	0,00
09	VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10	VALOR TOTAL	1.378,71

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

COFINS S/ NF 25 IDEAL SUPORTE

DARF válido para pagamento até 20/07/2021Domicílio tributário do contribuinte:
SANTO ANDRE**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.70.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4

85660000013-2 78710064120-0 11575712750-7 00159521181-2

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

COFINS S/ NF 25 IDEAL SUPORTE

DARF válido para pagamento até 20/07/2021Domicílio tributário do contribuinte:
SANTO ANDRE**NÃO RECEBER COM RASURAS**

Auto Atendimento Versão 5.70.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4

02	PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
03	NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
04	CÓDIGO DA RECEITA	5952
05	NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06	DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
07	VALOR DO PRINCIPAL	1.378,71
08	VALOR DA MULTA	0,00
09	VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10	VALOR TOTAL	1.378,71

85660000013-2 78710064120-0 11575712750-7 00159521181-2

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número da Nota

00000025

Data e Hora de Emissão

02/06/2021 18:06:50

Código de Verificação

BKWX-EXQ1

20211607028964792000186

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: 67.671.275/0004-45

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 INTERNAÇÃO - ENFERMARIA COVID 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA.

PERÍODO: 01 A 31/05/2021 - ENFERMARIA

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA MANHÃ - 07:00H ÀS 13:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 13:00H ÀS 19:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 19:00H ÀS 01:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 01:00H ÀS 07:00H

PARA 31 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 124 PLANTÕES - TOTAL R\$ 29.649,64

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 29.649,64

DADOS PARA DEPOSITO:

BANCO SANTANDER - Nº DO BANCO: 033

AG: 0833

CC: 13.002003-1

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 29.649,64

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	FIS/PASEP (R\$)
3.261,46	444,74	296,50	889,49	192,72
Código do Serviço				
C4391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Credito (R\$)
0,00	29.649,64	2,00%	592,99	0,00
Município de Prestação do Serviço		Número Inscrição da Oora	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 deste NFS-e: 10/07/2021.

Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00007/2021
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 25 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

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL	444,74
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	444,74

8565000004-2 44740064120-8 11575712750-7 00117081181-2

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



contar 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 25 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

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL	444,74
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	444,74

8565000004-2 44740064120-8 11575712750-7 00117081181-2

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



contar 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

Número da Nota
00000025
Data e Hora de Emissão
02/06/2021 18:05:50
Código de Verificação
BKWX-EXQ1

4021000202886478000168

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
Município: São Paulo UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS
CPF/CNPJ: 67.671.275/0004-46
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 INTERNAÇÃO - ENFERMARIA COVID 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA.

PERÍODO: 01 A 31/05/2021 - ENFERMARIA
1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA MANHÃ - 07:00H ÀS 13:00H
1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 13:00H ÀS 19:00H
1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 19:00H ÀS 01:00H
1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 01:00H ÀS 07:00H
PARA 31 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 124 PLANTÕES - TOTAL R\$ 29.649,64

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 29.649,64

DADOS PARA DEPOSITO:
BANCO SANTANDER - Nº DO BANCO: 033
AG: 0832
CC: 13.002003-1

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 29.649,64

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	FIS/PASEP (R\$)
3.261,46	444,74	296,50	889,49	192,72

Código do Serviço	Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
04391 - Fisioterapia.	0,00	29.649,64	2,00%	592,99	0,00
Município de Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra		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.

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

Confere com a Original

20/07/2021

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
AUTOMATIZADO - 14.28.50
SEGUNDA / A 0053

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

BANCO DO BRASIL - FUNDACAO DO ABC
 AGENCIA: 4911-9 CONTA: 8.73-4
 =====
 TIPO DE PAGAMENTO: 430 - CODIGO DE BARRAS
 CODIGO DE BARRAS 6562000032-8 61460270269-0
 42899474200-6 01662021067-5
 DATA DO PAGAMENTO: 20/07/2021
 VALOR TOTAL: 3.261,46
 =====
 DOCUMENTO: 012086
 AGENCIACAO SISBR: A.866.D8C.A9B.CEA.814

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

Confere com a
Original



MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRF
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO / TELEFONE

IDEAL SUPORTE ASSIST MEDICA LTDA
AV PAULISTA, 1471 BELA VISTA
INSS S/ NF 25

2 - VENCIMENTO
(Uso exclusivo do INSS)

20/07/2021

ATENÇÃO: 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.

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
4 - COMPETÊNCIA	06/2021
5 - IDENTIFICADOR	28.994.792/0001-86
6 - VALOR INSS	3.261,46
7 -	
8 -	
9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
10 - ATM / MULTA E JUROS	
11 - TOTAL	3.261,46

12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

85820000032-5

61460270263-0

12899479200-6

01862021067-5



MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRF
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO / TELEFONE

IDEAL SUPORTE ASSIST MEDICA LTDA
AV PAULISTA, 1471 BELA VISTA
INSS S/ NF 25

2 - VENCIMENTO
(Uso exclusivo do INSS)

20/07/2021

ATENÇÃO: 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.

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
4 - COMPETÊNCIA	06/2021
5 - IDENTIFICADOR	28.994.792/0001-86
6 - VALOR INSS	3.261,46
7 -	
8 -	
9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
10 - ATM / MULTA E JUROS	
11 - TOTAL	3.261,46

12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

85820000032-5

61460270263-0



12899479200-6

01862021067-5



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 20210602u28994792000186	Número da Nota 00000025			
	Data e Hora de Emissão 02/06/2021 18:05:50			
	Código de Verificação BKWX-EXQ1			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 IDEAL SUPORTE <small>ASSISTÊNCIA MÉDICA</small>	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			
000286				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: FUNDACAO 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 INTERNAÇÃO - ENFERMARIA COVID 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 01 A 31/05/2021 - ENFERMARIA 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA MANHÃ - 07:00H ÀS 13:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 13:00H ÀS 19:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 19:00H ÀS 01:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 01:00H ÀS 07:00H PARA 31 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 124 PLANTÕES - TOTAL R\$ 29.649,64 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 29.649,64 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SANTANDER - Nº DO BANCO: 033 AG: 0833 CC: 13.002003-1				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 29.649,64				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
3.261,46	444,74	296,50	889,49	192,72
Código do Serviço 04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	29.649,64	2,00%	592,99	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: 10/07/2021;				

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

Confere com a
 Original

907

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	H50095/21
Competência	05/21
Centro de Custo	IFICMYS
Vencimento	15.06.21

R. 60

607 7562-0000
CIC 04333010050

FISCAL
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 24.564,73
09 JUN 2021

Resp. Fiscal


Sônia Martins Pedrosa Cabrita
Gerente Administrativo
FU/Agc - 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 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		Número da Nota		
 <p>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</p> <p>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</p> <p>Serviço prestado em 18/05/2021</p>		00000027		
		Data e Hora de Emissão		
		09/06/2021 23:34:05		
		Código de Verificação		
		TRES-DXBF		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 <p>CPF/CNPJ 28.994.792/0001-86</p> <p>Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA</p> <p>Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 611 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927</p> <p>Município: São Paulo</p>		<p>Inscrição Municipal: 6.806.266-4</p> <p>UF: SP</p>		
TOMADOR DE SERVIÇOS				
<p>Nome/Razão Social: FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS</p> <p>CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45</p> <p>Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870</p> <p>Município: Santo André</p>		<p>Inscrição Municipal: ----</p> <p>UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br</p>		
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ----		Nome/Razão Social: ----		
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO - ENFERMARIA 5º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA.				
PERÍODO: 05 A 30/04/2021 - ENFERMARIA				
1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA MANHÃ - 07:00H ÀS 13:00H				
1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 13:00H ÀS 19:00H				
1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 19:00H ÀS 01:00H				
1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 01:00H ÀS 07:00H				
PARA 26 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 104 PLANTÕES = TOTAL R\$ 24.867,44				
VALOR TOTAL DA NF: R\$ 24.867,44.				
BANCO SANTANDER				
AG: 0833				
CC 19.092000-1				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 24.867,44				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
2.735,42	373,01	248,67	746,02	161,64
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	24.867,44	2,00%	497,34	0,00
Município de Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	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: 10/06/2021. (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 21.				


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

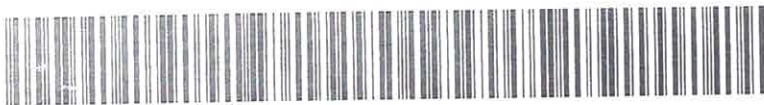
Confere com a
Original

 <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p> <p>01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400</p> <p>COFINS S/ NF 27 IDEAL SUPORTE</p> <p>DARF válido para pagamento até 20/07/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS</p> <p>Auto Atendimento Versão 5.70.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4</p>	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.156,33
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.156,33
	85610000011-1 56330064120-3 11575712750-7 00159521181-2	



cortar nesta linha

 <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p> <p>01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400</p> <p>COFINS S/ NF 27 IDEAL SUPORTE</p> <p>DARF válido para pagamento até 20/07/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS</p> <p>Auto Atendimento Versão 5.70.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4</p>	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.156,33
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.156,33
	85610000011-1 56330064120-3 11575712750-7 00159521181-2	





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 Serviço prestado em 18/05/2021		Número da Nota 00000027			
		Data e Hora de Emissão 09/06/2021 23:34:05			
		Código de Verificação TRE9-DXBP			
PRESTADOR DE SERVIÇOS					
 IDEAL SUPORTE		CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 611 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo			
		Inscrição Municipal: 6.806.266-4 UF: SP			
TOMADOR DE SERVIÇOS					
Nome/Razão Social: FUNDACAO 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		Inscrição Municipal: ---- 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 INTERNAÇÃO - ENFERMARIA 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA.					
PERÍODO: 05 A 30/04/2021 - ENFERMARIA 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA MANHÃ - 07:00H ÀS 13:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 13:00H ÀS 19:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 19:00H ÀS 01:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 01:00H ÀS 07:00H PARA 26 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 104 PLANTÕES - TOTAL R\$ 24.867,44					
VALOR TOTAL DA NF: R\$ 24.867,44					
BANCO SANTANDER AG: 0050 CC 18.002303-4					
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 24.867,44					
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)	
2.736,42	373,01	248,67	746,02	161,64	
Código do Serviço 04391 - Fisioterapia.		Valor do ISS (R\$)		Credito (R\$)	
Valor Total das Deduções (R\$) 0,00		Base de Cálculo (R\$) 24.867,44	Aliquota (%) 2,00%	497,34	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: 10/06/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 21.					

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


Confere com a
 Original

 <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p>	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	07 VALOR DO PRINCIPAL	373,01
IR S/ NF 27 IDEAL SUPORTE	08 VALOR DA MULTA	0,00
DARF válido para pagamento até 20/07/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	10 VALOR TOTAL	373,01
		11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

85680000003-1 73010064120-0 11575712750-7 00117081181-2



cortar nesta linha

 <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p>	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	07 VALOR DO PRINCIPAL	373,01
IR S/ NF 27 IDEAL SUPORTE	08 VALOR DA MULTA	0,00
DARF válido para pagamento até 20/07/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	10 VALOR TOTAL	373,01
		11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

85680000003-1 73010064120-0 11575712750-7 00117081181-2




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 Serviço prestado em 18/05/2021	Número da Nota 00000027			
	Data e Hora de Emissão 09/06/2021 23:34:05 Código de Verificação TRE9-DXBP			
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 FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS Inscrição Municipal ---- CPF/CNPJ 07.571.276/0004-45 Endereço AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município Santo André UF SP E-mail monique.rodrigues@fuabc.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ ---- Nome/Razão Social ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO - ENFERMARIA 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 05 A 30/04/2021 - ENFERMARIA 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA MANHÃ - 07:00H ÀS 13:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 13:00H ÀS 19:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 19:00H ÀS 01:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 01:00H ÀS 07:00H PARA 26 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 104 PLANTÕES - TOTAL R\$ 24.867,44 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 24.867,44 BANCO SANTANDER AG: 0833 CC 13.002003-1				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 24.867,44				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
2.735,42	373,31	248,67	746,02	161,64
Código do Serviço	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
04391 - Fisioterapia	24.867,44	2,00%	497,34	0,00
Valor Total das Deduções (R\$)	Número Inscrição da Cora		Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
0,00				
Município da Prestação do Serviço				
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: 10/06/2021, (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 21.				

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

Confere com a
 Original

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.28.51
14 186181 - SEGUNDA VIA 0041

COMPROVANTE DE PAGAMENTO


EMPRESA: FUNDACAO DO ABC
 AGENCIA: 141-89 CONTA: 8.773-4

NUMERO - BR - CODIGO DE BARRAS	
Codigo do Banco	85800300027-5 35420270263-2
	12899479200-6 01862021067-5
Data do pagamento	20/07/2021
Valor Total	2.735,42

DOCUMENTO: 000012
 AUTENTICACAO: P.022.6EF.45D.939.E1B

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

Conferir com a
Original

 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRF INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
	4 - COMPETÊNCIA	06/2021
	5 - IDENTIFICADOR	28.994.792/0001-86
	6 - VALOR INSS	2.735,42
	7 -	
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO / TELEFONE IDEAL SUPORTE ASSIST MEDICA LTDA AV PAULISTA, 1471 BELA VISTA INSS S/ NF 27	8 -	
	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
	10 - ATM / MULTA E JUROS	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo do INSS)	20/07/2021	
ATENÇÃO: 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	2.735,42
	12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	


85800000027-5

35420270263-2

12899479200-6

01862021067-5



 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRF INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
	4 - COMPETÊNCIA	06/2021
	5 - IDENTIFICADOR	28.994.792/0001-86
	6 - VALOR INSS	2.735,42
	7 -	
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO / TELEFONE IDEAL SUPORTE ASSIST MEDICA LTDA AV PAULISTA, 1471 BELA VISTA INSS S/ NF 27	8 -	
	9 - VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
	10 - ATM / MULTA E JUROS	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo do INSS)	20/07/2021	
ATENÇÃO: 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	2.735,42
	12 - AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

85800000027-5

35420270263-2



12899479200-6

01862021067-5



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 Serviço prestado em 18/05/2021 20210609028994792000186	Número da Nota 00000027			
	Data e Hora de Emissão 09/06/2021 23:34:05 Código de Verificação TRE9-DXBP			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 IDEAL SUPORTE <small>ASSISTÊNCIA 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				
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				
Inscrição Municipal: --- 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 INTERNAÇÃO - ENFERMARIA 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA. PERÍODO: 05 A 30/04/2021 - ENFERMARIA 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA MANHÃ - 07:00H ÀS 13:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 13:00H ÀS 19:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 19:00H ÀS 01:00H 1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 01:00H ÀS 07:00H PARA 26 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 104 PLANTÕES - TOTAL R\$ 24.867,44 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 24.867,44 BANCO SANTANDERR AG: 0833 CC 13.002003-1				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 24.867,44				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
2.735,42	373,01	248,67	746,02	161,64
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	24.867,44	2,00%	497,34	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: 10/06/2021; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 21;				

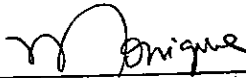
Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00007/2021
 Hospital Ipiranga

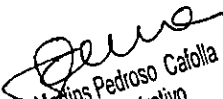
Confere com a
 Original

11. 1971

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	H10009/24
Competência	04/24
Centro de Custo	PARANCA
Vencimento	15 de 24

N. 60

FISCAL
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 20.602,68
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 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

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20210705u26894792000186

Número da Nota

00000030

Data e Hora de Emissão

05/07/2021 17:00:45

Código de Verificação

R6BZ-56UD**PRESTADOR DE SERVIÇOS**IDEAL SUPORTE
SANTO ANDRÉ

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: FUNDACAO 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 INTERNAÇÃO - ENFERMARIA 9º ANDAR DO HOSPITAL IPIRANGA. PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA.

PERÍODO: 01 A 30/04/2021 - ENFERMARIA

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

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA TARDE - 12:00H ÀS 18:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 18:00H ÀS 00:00H

1 PLANTÃO DE 6H - ENFERMARIA NOITE - 00:00H ÀS 06:00H

PARA 30 DIAS TRABALHADOS - ENFERMARIA - 120 PLANTÕES - TOTAL R\$ 28.693,20

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 28.693,20

DADOS PARA DEPOSITO:

BANCO SANTANDER - Nº DO BANCO: 033

AG: 0833

CC: 13.002003-1

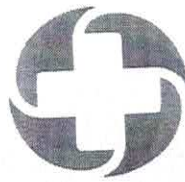
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 28.693,20

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
3.156,25	430,40	286,93	860,80	186,51
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	28.693,20	2,00%	573,86	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 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.


Adelbarán Soares Fernandes de Souza
Diretor Geral

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

RELAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS PLANTONISTAS ENFERMARIA COVID 9º ANDAR - PERÍODO 01/06/21 A 30/06/2021

DATA	PLANTONISTA DIURNO - 06h as 18h	PLANTONISTA NOTURNO - 18h as 06h	COORDENAÇÃO
01/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	Dra. Renata A. Lambertini - Crefito3/66325-F
02/06/2021	Robert Santos Dorea - Crefito 325528	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	
03/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Pedro Henrique Silva - Crefito: 326747	
04/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	
05/06/2021	Robert Santos Dorea - Crefito 325528	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
06/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Eveliralda Alves Motta - Crefito: 200476	
07/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	
08/06/2021	Robert Santos Dorea - Crefito 325528	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
09/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
10/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
11/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito 304954	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
12/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
13/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
14/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	
15/06/2021	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito 304954	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
16/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	
17/06/2021	Amanda Aquino Pinheiro - Crefito 223826	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
18/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Bruna Ribeiro Toledo - Crefito: 284921	
19/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito 304954	
20/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	
21/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
22/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Jorge Luiz Gomes Félix - Crefito 304954	
23/06/2021	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
24/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Amanda Aquino Pinheiro - Crefito 223826	
25/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
26/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	
27/06/2021	Amanda Aquino Pinheiro - Crefito 223826	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
28/06/2021	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	Karen Castanho de Jesus - Crefito 324111	
29/06/2021	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	Augusto Cesar Moraes - Crefito: 260980	
30/06/2021	Taise Lima de Sena - Crefito 195403	Amanda Aquino Pinheiro - Crefito 223826	
	FINAL DE SEMANA		

Atesto que os Fisioterapeutas acima realizaram os plantão nas datas e horários conforme descrição em planilha, na Enfermaria Covid 9ºA do Hospital Ipiranga.


 Dra. Renata A. Lambertini
 Fisioterapeuta
 CREFITO 3/66325-F

Renata A. Lambertini
 Coordenação de Fisioterapia

Adelbar 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

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

Banco:	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5008 / 00000094181-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	IDEAL SUPORTE E ASSISTENCIA MEDICA
CPF/CNPJ:	28.994.792/0001-86
Valor:	R\$ 23.772,31
Valor da tarifa:	R\$ 10,45
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	NF 30
Histórico:	

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

Código da operação:	00140981
Chave de segurança:	1Z93GLAQRXH8UYMH

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