

Santo André, 01 de fevereiro de 2021

Ofício Nº 061/2021

Ref. Contratação emergencial de empresa especializada em serviços de fisioterapia

Ao Departamento de Compras

Considerando o Convênio nº 00006/2020 Processo nº SES-PRC-2020/51023 firmado entre a Secretaria do Estado de Saúde e a FUABC, para o **GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL IPIRANGA 10 LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGENCIA DE SINDROME GRIPAL - PARA ENFRENTAMENTO DA COVID 19** e a necessidade de continuação das atividades, solicitamos abertura de processo para a contratação de empresa especializada em serviços de fisioterapia de forma emergencial. Estima-se o valor de R\$ 22.807,50/mês máximo. Prazo de 90 (noventa) dias, prorrogáveis por mais 90 (noventa) dias.


A necessidade de contratação emergencial se faz, 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 coordenador 30h Especialista em Terapia Intensiva Adulto, ou em outra especialidade relacionada à Assistência ao paciente grave.	1
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	3

Atenciosamente,

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

  
Fernando G. Minciotti  
Diretor Administrativo  
FUABC - Central de Convênios



**IDEAL SUPORTE**  
ASSISTÊNCIA MÉDICA

PROC Nº 0004/21  
FLS 50  
VISTO

A Fundação do ABC - Central de Convênios.

Ref. Processo nº 0004/2021.

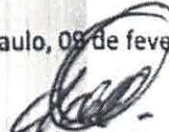
1. A empresa Ideal Suporte Assistência Médica Ltda., inscrita no CNPJ nº 28.994.792/0001-86, com sede na Av. Paulista nº 1471, 5º Andar, Conjunto 511, Cerqueira Cesar, CEP: 01311-200, São Paulo - São Paulo, por intermédio de seu representante legal, Sr. Adelbaran Soares Fernandes de Souza, infra-assinado,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

PROFISSIONAL				QTD ESTIMADA DE PLANTÕES MÊS	VALOR UNITÁRIO PLANTÃO	VALOR ESTIMADO MENSAL	VALOR MÁXIMO 3 MESES
FISIOTERAPEUTA	1	6H	MATUTINO	31	R\$ 239,11	R\$ 7.412,41	R\$ 22.237,23
FISIOTERAPEUTA	1	6H	VESPERTINO	31	R\$ 239,11	R\$ 7.412,41	R\$ 22.237,23
FISIOTERAPEUTA	1	6H	NOTURNO	31	R\$ 239,11	R\$ 7.412,41	R\$ 22.237,23
FISIOTERAPEUTA COORDENADOR	1		COORDENADOR 30H			R\$ 4.470,00	R\$ 13.410,00
<b>TOTAL</b>						<b>R\$ 26.707,23</b>	<b>R\$ 80.121,69</b>

**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, 09 de fevereiro de 2021.

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

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICO ESPECIALIZADOS – PROCESSO Nº HI0004/21**

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 HI0004/21.

**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 HI0004/21 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:

#### UTI - Equipe de Fisioterapia

- 01 (um) Fisioterapeuta Coordenador de Equipe especialista em Terapia Intensiva Adulto ou em outra especialidade relacionada à Assistência ao paciente grave.
- 01 (um) Fisioterapeuta por turno, matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 (dezoito) horas diárias de atuação.

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 do Hospital Municipal de Mogi das Cruzes;
- 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 aseados, 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:

FISIOTERAPEUTA	1	06 H	MATUTINO
FISIOTERAPEUTA	1	06 H	VESPERTINO
FISIOTERAPEUTA	1	06 H	NOTURNO
FISIOTERAPEUTA COORDENADOR	1	1 COORDENADOR (30 H) - VALOR 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

VISTO

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.

VISTO

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\$ 36.684,51 (trinta e seis mil, seiscentos e oitenta e quatro reais e cinquenta e um centavos), perfazendo o valor global para a vigência contratual estimado no importe de R\$ 110.053,52 (cento e dez mil, cinquenta e três reais e cinquenta 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) do valor do contrato, na recusa da empresa vencedora em assiná-lo dentro do prazo estabelecido;

10.3 – Multa de 10% (dez por cento) por inexecução parcial do contrato, sobre o valor 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) 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) 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.

VISTO

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, 15 de fevereiro de 2021.

**TERMO DE DISTRATO 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.**

1

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 Adjunta, 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 HI0004/21 tem por justo e acordado as seguintes condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA.**

A CONTRATANTE e a CONTRATADA firmaram “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 HI0004/21”, pelo qual a primeira confiou à segunda o serviço previsto na cláusula primeira da avença sob distrato.

**CLÁUSULA SEGUNDA.**

A CONTRATANTE e a CONTRATADA em comum acordo decidem encerrar o contrato, de modo que seu termo final dar-se-á em 11 de março de 2021.

**CLÁUSULA TERCEIRA.**

A CONTRATANTE e a CONTRATADA, em comum acordo, decidem distratar o contrato, de modo que quaisquer faturamentos e cobranças terão como competência final a data de 11/03/2021.



**CLÁUSULA QUARTA.**

A CONTRATANTE e a CONTRATADA outorgam plena, total e irrevogável quitação, para nada mais reclamar, a qualquer tempo e a que título for, em relação à avença ora distratada, bem como aos serviços profissionais prestados.

2

**CLÁUSULA QUINTA.**

O presente distrato é firmado em caráter irrevogável e irretratável, obrigando as partes, seus herdeiros e sucessores.

E, como prova de assim haverem rescindido o contrato, firmam este instrumento particular, impresso em duas vias de igual teor e forma, assinado pelas partes contratantes e pelas testemunhas abaixo.

Santo André, 11 de março de 2021.

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

NOME:

CPF:

  
\_\_\_\_\_  
**IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA**

NOME:

CPF:

Testemunhas:

1-

NOME:

CPF:

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

2-

NOME: **Suelen Orthegas**

CPF: Departamento de Compras  
FUABC - Central de Convênios



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**  
Serviço prestado em 11/05/2021

20210518028994792000186

**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: 57.671.275/0004-45 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 TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL IPIRANGA'.  
PERÍODO: 17/02 A 28/02/2021  
PLANTÃO DE 6HS NO VALOR DE R\$ 239,11 ( DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS)  
6H MANHÃ: 06:00H ÀS 12:00H  
6H TARDE: 12:00H ÀS 18:00H  
6H NOITE: 18:00H ÀS 00:00H  
COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA - PROPORCIONAL A 12 DIAS NO VALOR DE R\$ 1.788,00

TOTAL DE 36 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 - VALOR TOTAL R\$ 8.607,96

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 10.395,96**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
1.143,56	155,94	103,96	311,88	67,57

Código do Serviço  
**04391 - Fisioterapia.**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	10.395,96	2,00%	207,91	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 1;

Contere com a  
Original

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

289000

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	HI 0004/21
Competência	02/21
Centro de Custo	ABS P IP/15/21
Vencimento	20.5.21

7.08

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 8613,05
19 MAI 2021
<i>W. Prisque</i>
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

 <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 <small>0210518u28994792000186</small>	Número da Nota <b>0000012</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 15:32:12</b> Código de Verificação <b>VL5Q-QYHY</b>			
 <b>IDEAL SUPORTE</b> Associação Médica Município: São Paulo	<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 Inscrição Municipal: 6.806.266-4 UF: SP	<b>000318</b>		
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b> Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO 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: 17/02 A 28/02/2021 PLANTÃO DE 6HS NO VALOR DE R\$ 239,11 ( DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) 6H MANHÃ: 06:00H ÀS 12:00H 6H TARDE: 12:00H ÀS 18:00H 6H NOITE: 18:00H ÀS 00:00H COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA - PROPORCIONAL A 12 DIAS NO VALOR DE R\$ 1.788,00 TOTAL DE 36 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 - VALOR TOTAL R\$ 8.607,96				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 10.395,96</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
1.143,56	155,94	103,96	311,88	67,57
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	10.395,96	2,00%	207,91	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 1;				

Confere com a  
Original

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

CENTRAL DE CONVÊNIOS	
Proc. Nº	HI0004/21
Competência	02/21
Centro de Custo	ABSP IP115118
Vencimento	20.5.21

72.08

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIOS
VR LIQ. 8613,05
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 - 0069

000319

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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


Convenio GPS - CODIGO DE BARRAS		
Codigo de Barras	85850000011-8	43560270263-0
	12899479200-6	01862021057-8
Data do pagamento		17/06/2021
Valor Total		1.143,56

-----

DOCUMENTO: 061701  
AUTENTICACAO SISBB: 3.89E.95E.D8A.200.0AD

Confere com a  
Original

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


 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p>	<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	000320
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	155,94
<p><b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400</p> <p>IR S/ NF 12 IDEAL SUPORTE</p> <p><b>DARF válido para pagamento até 18/06/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>SANTO ANDRE</b></p> <p><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4</p>	<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	155,94
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

8563000001-0 55940064116-8 91575712750-0 00117081151-5

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



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>	<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>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	155,94
<p><b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400</p> <p>IR S/ NF 12 IDEAL SUPORTE</p> <p><b>DARF válido para pagamento até 18/06/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>SANTO ANDRE</b></p> <p><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4</p>	<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	155,94
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

8563000001-0 55940064116-8 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 <small>78210518u28994792000186</small>	Número da Nota <b>00000012</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 15:32:12</b> Código de Verificação <b>VL5Q-QYHY</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: 17/02 A 28/02/2021 PLANTÃO DE 6HS NO VALOR DE R\$ 239,11 ( DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) 6H MANHÃ: 06:00H ÀS 12:00H 6H TARDE: 12:00H ÀS 18:00H 6H NOITE: 18:00H ÀS 00:00H COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA - PROPORCIONAL A 12 DIAS NO VALOR DE R\$ 1.788,00 TOTAL DE 36 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 - VALOR TOTAL R\$ 8.607,96				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 10.395,96</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
1.143,56	455,94	103,96	311,88	67,57
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	10.395,96	2,00%	207,91	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 1;				

Confere com a  
Original

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



CENTRAL DE CONVÊNIO

Proc. Nº HI0004/21

Competência 02/21

Centro de Custo ABSP IPH/MS

Vencimento 20.5.21

7L.08

**FISCAL**

CENTRAL DE CONVÊNIO

VR LIQ. 8613,05

19 MAI 2021

Monique  
Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.10  
1911901911 SEGUNDA VIA 0072

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

000322

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


AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 1911 - CORP BANK INFRA	SP
CODIGO DE BARRAS	85630000001 55940064116
	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	155,94

-----

DOCUMENTO: 061702  
AUTENTICACAO SISBB: 2.797.876.FC7.0A4.A34

Confere com a  
Original


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

 <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	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	000323
<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 12 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	483,41
	<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	483,41
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

85600000004-7 83410064116-8 91575712750-0 00159521151-5



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	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 12 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	483,41
	<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	483,41
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

85600000004-7 83410064116-8 91575712750-0 00159521151-5





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

 <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>00000012</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 15:32:12</b> Código de Verificação <b>VL5Q-QYHY</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: FUNDACAO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 67.571.275/0004-45      Inscrição Municipal: --- Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-970 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: 17/02 A 28/02/2021 PLANTÃO DE 6HS NO VALOR DE R\$ 239,11 ( DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) 6H MANHÃ: 06:00H ÀS 12:00H 6H TARDE: 12:00H ÀS 18:00H 6H NOITE: 18:00H ÀS 00:00H COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA - PROPORCIONAL A 12 DIAS NO VALOR DE R\$ 1.788,00 <b>TOTAL DE 36 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 - VALOR TOTAL R\$ 8.607,96</b>				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 10.395,96</b>				
INSS (R\$) <b>1.143,56</b>	IRRF (R\$) <b>155,94</b>	CSLL (R\$) <b>103,96</b>	COFINS (R\$) <b>311,88</b>	PIS/PASEP (R\$) <b>67,57</b>
Código do Serviço <b>04391 - Fisioterapia.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$) <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>10.395,96</b>	Alíquota (%) <b>2,00%</b>	Valor do ISS (R\$) <b>207,91</b>	Crédito (R\$) <b>0,00</b>
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 1;				

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

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	HI 0004/21
Competência	02/21
Centro de Custo	HOSP IPH/MS
Vencimento	20.5.21

R.08

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 8613,05
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 0081

000325

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 1911 - CORP BANK INFRA	SP
CODIGO DE BARRAS	85600000004 83410064116
	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	483,41



-----

DOCUMENTO: 061703  
AUTENTICACAO SISBB: F.D5E.899.8C5.089.10B

Confere com a  
Original

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

**CÓPIA**

 <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 20210518u78994792000186	Número da Nota <b>00000016</b>
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 16:12:17</b> Código de Verificação <b>AQEB-REAF</b>
<b>000269</b>	
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>	
 <b>IDEAL SUPORTE</b> ASSISTENCIA MEDICA	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 11/03/2021 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. PLANTÃO DE 6H MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H PLANTÃO DE 6H TARDE - 12:00H ÀS 18:00H PLANTÃO DE 6H NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 11 DIAS TRABALHADOS - 33 PLANTÕES - TOTAL R\$ 7.890,63 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA R\$ 4.470,00 - PROPORCIONAL PARA 11 DIAS - R\$ 1.639,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 9.529,63 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SICOOB - Nº DO BANCO: 756 AG: 5008 CC: 94.181-6	
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.529,63</b>	
INSS (R\$) 1.048,26	IRRF (R\$) 142,94
CSLL (R\$) 95,30	COFINS (R\$) 285,89
PIS/PASEP (R\$) 61,94	
Código do Serviço <b>04391 - Fisioterapia.</b>	
Valor Total das Deduções (R\$) 0,00	Base de Cálculo (R\$) 9.529,63
Aliquota (%) 2,00%	Valor do ISS (R\$) 190,59
Crédito (R\$) 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 11;	

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

Confere com a  
 Original

456789

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	HI0004/21
Competência	03/21
Centro de Custo	HOSP. P. R. C. J. S.
Vencimento	20/05/21

PL. 08

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 7895,30
19 MAI 2021
<i>Mônica</i>
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

CÓPIA

 <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>00000016</b>
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 16:12:17</b> Código de Verificação <b>AQEB-REAF</b>
 <b>IDEAL SUPORTE</b> <small>ASSISTÊNCIA MÉDICA</small>	<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: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 67.571.275/0004-45 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: 01 A 11/03/2021 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. PLANTÃO DE 6H MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H PLANTÃO DE 6H TARDE - 12:00H ÀS 18:00H PLANTÃO DE 6H NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 11 DIAS TRABALHADOS -- 33 PLANTÕES - TOTAL R\$ 7.890,63 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA R\$ 4.470,00 - PROPORCIONAL PARA 11 DIAS - R\$ 1.639,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 9.529,63 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SICOOB - N° DO BANCO: 756 AG: 5008 CC: 94.181-6	
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.529,63</b>	
INSS (R\$) <b>1.048,26</b>	IRRF (R\$) <b>142,94</b>
CSLL (R\$) <b>95,30</b>	COFINS (R\$) <b>285,89</b>
PIS/PASEP (R\$) <b>61,94</b>	Código do Serviço <b>04391 - Fisioterapia</b>
Valor Total das Deduções (R\$) <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>9.529,63</b>
Aliquota (%) <b>2,00%</b>	Valor do ISS (R\$) <b>190,59</b>
Município da Prestação do Serviço	Crédito (R\$) <b>0,00</b>
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 11;	

Confere com a Original

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

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	<u>HI0004/21</u>
Competência	<u>03/21</u>
Centro de Custo	<u>HOSP. BRUNO</u>
Vencimento	<u>20/05/21</u>

R.08

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. <u>7895,20</u>
19 MAI 2021
<u>Manique</u>
Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.10  
1911901911 SEGUNDA VIA 0074

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

000328


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

=====  
Convenio GPS - CODIGO DE BARRAS  
Codigo de Barras 8589000010-7 48260270263-1  
12899479200-6 01862021057-8  
Data do pagamento 17/06/2021  
Valor Total 1.048,26  
=====

DOCUMENTO: 061704  
AUTENTICACAO SISBB: 2.EB4.BC6.B52.B33.9DE

Confere com a  
Original


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

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p>	<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	000329
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
<b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400  IR S/ NF 16 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	142,94
	<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	142,94
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

85690000001-4 42940064116-4 91575712750-0 00117081151-5



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>	<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>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
<b>01</b> NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400  IR S/ NF 16 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	142,94
	<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	142,94
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

85690000001-4 42940064116-4 91575712750-0 00117081151-5





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

COPIA

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Número da Nota <b>0000016</b>	
		Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 16:12:17</b>	
20210518u28994792000186 <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> Serviço prestado em 11/05/2021		Código de Verificação <b>AQEB-REAF</b>	
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>			
 <b>IDEAL SUPORTE</b> <small>ASSISTÊNCIA</small>	CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86	Inscrição Municipal: 6.806.266-4	<b>000330</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 UF: SP		
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>			
Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO 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: 01 A 11/03/2021 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. PLANTÃO DE 6H MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H PLANTÃO DE 6H TARDE - 12:00H ÀS 18:00H PLANTÃO DE 6H NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 11 DIAS TRABALHADOS - 33 PLANTÕES - TOTAL R\$ 7.890,63 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA R\$ 4.470,00 - PROPORCIONAL PARA 11 DIAS - R\$ 1.639,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 9.529,63 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SICCOB - N° DO BANCO: 756 AG: 5008 CC: 94.181-6			
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.529,63</b>			
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)
1.048,26	<del>172,94</del>	95,30	285,89
Código do Serviço	PIS/PASEP (R\$)		61,94
04391 - Fisioterapia			
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)
0,00	9.529,63	2,00%	190,59
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
		0,00	
<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 11;			

Confere com a Original

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

CENTRAL DE CONVÊNIOS	
Proc. Nº	110004/21
Competência	03/21
Centro de Custo	HOSP. BRAS. J.P.
Vencimento	20,05,21

R. 08

<b>FISCAL</b>
CENTRAL DE CONVÊNIOS
VR LIQ. 7895,20
.19 MAI 2021
<i>Manique</i>
Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.10  
1911901911 SEGUNDA VIA 0077

000331

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	85690000001 42940064116
	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	142,94


-----

DOCUMENTO: 061705  
AUTENTICACAO SISBB: 2.8BF.51B.B10.672.AC7

Confere com a  
Original

Secretaria de Estado de Saúde  
Convênio nº 0000712021  
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	000332
<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 16 IDEAL SUPORTE	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	443,13
<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	443,13

85630000004-4 43130064116-1 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 16 IDEAL SUPORTE	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	443,13
<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	443,13

85630000004-4 43130064116-1 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

CÓPIA

 <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>00000016</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>18/05/2021 16:12:17</b> Código de Verificação <b>AQEB-REAF</b>			
 <b>IDEAL SUPORTE</b> <small>ASSISTÊNCIA MÉDICA</small>	<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: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09050-870 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: 01 A 11/03/2021 PLANTÕES DE 6 HORAS A R\$ 239,11 (DUZENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E ONZE CENTAVOS) CADA. PLANTÃO DE 6H MANHÃ - 06:00H ÀS 12:00H PLANTÃO DE 6H TARDE - 12:00H ÀS 18:00H PLANTÃO DE 6H NOITE - 18:00H ÀS 00:00H PARA 11 DIAS TRABALHADOS - 33 PLANTÕES - TOTAL R\$ 7.890,63 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA R\$ 4.470,00 - PROPORCIONAL PARA 11 DIAS - R\$ 1.639,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 9.529,63 DADOS PARA DEPOSITO: BANCO SICOOB - N° DO BANCO: 756 AG: 5008 CC: 94.181-6				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.529,63</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
1.048,26	142,94	66,30	285,89	61,94
Código do Serviço	04391 - Fisioterapia.			
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	9.529,63	2,00%	190,59	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 11;				

Confere com a Original

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

CENTRAL DE CONVÊNIOS  
Proc. Nº 110054/21  
Competência 03/21  
Centro de Custo HPSP. BR/15/18  
Vencimento 20,05,21

R. 08

**FISCAL**  
CENTRAL DE CONVÊNIOS  
VR LIQ. 7895,20  
19 MAI 2021  
Mouyê  
Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.10  
1911901911 SEGUNDA VIA 0082

000334

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	85630000004 43130064116 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	443,13

=====

DOCUMENTO: 061706  
AUTENTICACAO SISBB: B.96E.682.0BB.917.B30

Confere com a  
Original

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