

Santo André, 01 de fevereiro de 2021

Ofício Nº 043/2021

Ref. Contratação emergencial de empresa especializada em serviços de fisioterapia

Ao Departamento de Compras

Considerando o Convênio nº 00007/2020 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 GERAL DE SÃO MATEUS - 10 LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - 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 5.120004/21
FLS 3

VISTO

A Fundação do ABC - Central de Convênios.

Ref. Processo nº 0004/2021.

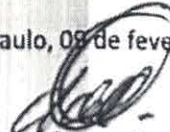
1. A empresa Ideal Suporte Assistência Médica Ltda., inscrita no CNPJ n.º 28.994.792/0001-86, com sede na Av. Paulista nº 1471, 5º Andar, Conjunto 511, Cerqueira Cesar, CEP: 01311-200, São Paulo – São Paulo, por intermédio de seu representante legal, Sr. Adelbaran Soares Fernandes de Souza, infra-assinado,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

PROFISSIONAL				QTD ESTIMADA DE 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
TOTAL						R\$ 26.707,23	R\$ 80.121,69

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 SM20004/21

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 GERAL DE SÃO MATEUS – PROCESSO Nº SM20004/21.

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 SM20004/21, 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 Geral de São Mateus, 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 realizados prestados no Hospital Geral de São Mateus, localizada na Rua Ângelo de Candia, 540 – Cidade de São Mateus – São Paulo – SP, CEP 03958-000.

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.

PROC. Nº 512 0084/21
FLS 69
VISTO

- 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 asseados, uniformizados e portando crachás com fotografia recente.
- 4.19 – Deverá a CONTRATADA assegurar que todos os profissionais que cometerem falta disciplinar qualificada como de natureza grave, não deverá ser mantido nem retornar às instalações da unidade;
- 4.20 – Deverá a CONTRATADA atender, de imediato, as solicitações da unidade; quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
- 4.21 – Deverá a CONTRATADA instruir os profissionais quanto às necessidades de acatar às orientações da unidade; inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho;
- 4.22 - Relatar para a unidade toda e qualquer irregularidade observada nos postos durante a execução dos serviços, e quais medidas serão tomadas para solução das mesmas;
- 4.23 – Indicar um responsável para realizar em conjunto com a Unidade, o acompanhamento técnico das atividades, bem como elaboração e implantação de protocolos, visando à qualidade da prestação do serviço;
- 4.24 – Zelar pelos equipamentos utilizados, fazendo uso dos mesmos somente dentro das especificações técnicas recomendadas pelos fabricantes.
- 4.25 – Comunicar à CONTRATANTE, por escrito, imediatamente após a constatação de quebra, defeito, desgaste ou qualquer outro problema apresentado nos aparelhos e/ou equipamentos, utilizados pelos profissionais, que reduzam ou impossibilitem o seu uso normal;

PROC N^o SMT 004124
FLS. 71
VISTO X

- 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 Geral de São Mateus.
- 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 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.

PROC Nº 5420004124
FLS 74
VISTO L

7.0 - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.9 - A CONTRATADA, neste ato, declara estar ciente de que os recursos utilizados para o pagamento dos serviços, ora contratados, serão aqueles repassados pela Secretaria de Estado

da Saúde de São Paulo em razão do Convênio firmado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

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

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

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

8.0 – DO RECEBIMENTO

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

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

9.0 – DO VALOR

9.1 – Dar-se-á ao presente contrato o valor mensal estimado de R\$ 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;

PROC. Nº 51120004/21
FLS. 76
L
VISTO

- 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.

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;

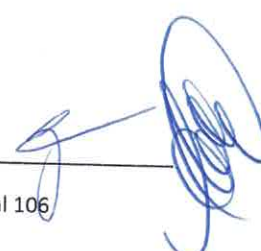
11.6 – A presente avença poderá ser rescindida com aviso prévio em caso de conclusão de tomada de preços realizada nos termos do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC, que objetive a substituição da contratação emergencial.

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.

PROC Nº SM20004/21
FLS 78
VISTO 2


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: Adelbaron Soares Fernandes de Souza
CPF: 435.780.712-34


Testemunhas:

1-





Nome: Tereza Alus de Silva Nogueira
CPF: 394.474.218-22

2-



Nome: Esmeralda J. da Silva
CPF: 137.019.402-15

(ESTA PÁGINA PERTENCE AO CONTRATO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA, COM FORNECIMENTO DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS – PROCESSO Nº SM20004/21)

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e Serviço prestado em 11/05/2021 20210519028994792000186	Número da Nota 00000013			
	Data e Hora de Emissão 18/05/2021 15:58:04 Código de Verificação QBN1-2IEB			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 IDEAL SUPORTE ASSISTÊNCIA MÉDICA	CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo			
Inscrição Municipal: 6.806.266-4 UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
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				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS. PERÍODO: 16 A 28/02/2021 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 13 DIAS TRABALHADOS - 39 PLANTÕES - TOTAL R\$ 9.325,29 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA PROPORCIONAL PARA 13 DIAS - R\$ 1.937,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 11.262,29				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 11.262,29				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
1.238,85	168,93	112,62	337,87	73,20
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	11.262,29	2,00%	225,24	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 9;				

Confere com a
Original

Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00006/20
Hospital São Mateus

19000

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	SM 20004/21
Competência	04/21
Centro de Custo	HOSP. SM
Vencimento	20,05,21

N. 03

FISCAL	
CENTRAL DE CONVÊNIO	
VR LIQ.	9330,82
19 MAI 2021	
	
Resp. Fiscal	

Monique Rodrigues
Analista Fiscal
FUABC - Central de Convênios

19/05/21

19/05/21

000294

G3332010346791201
20/05/2021 10:40:20**Emissão de comprovantes**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 10.40.20
1911901911 SEGUNDA VIA 0031

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: FUNDACAO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.774-2

=====

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\$ 82.705,79

DEBITO EM: 20/05/2021

=====


DOCUMENTO: 052002

AUTENTICACAO SISBB: 1.469.893.1DB.E41.030

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

Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00008/20
Hospital São Mateus

Confere com a
Original

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e Serviço prestado em 11/05/2021 20210519u28994792000186	Número da Nota 00000013			
	Data e Hora de Emissão 18/05/2021 15:58:04 Código de Verificação QBN1-2IEB			
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 IDEAL SUPORTE Município: São Paulo UF: SP <small>ASSISTENCIA MEDICA</small>				
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 TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS. PERÍODO: 16 A 28/02/2021 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 13 DIAS TRABALHADOS - 39 PLANTÕES - TOTAL R\$ 9.325,29 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA PROPORCIONAL PARA 13 DIAS - R\$ 1.937,00 VALOR TOTAL DA NF: R\$ 11.262,29				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 11.262,29				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
239,85	169,93	112,62	337,87	73,20
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	11.262,29	2,00%	225,24	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 9;				

Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00008/20
 Hospital São Mateus

Confere com a
 Original

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	SM 20004/21
Competência	02/21
Centro de Custo	HOSP. SM
Vencimento	20,05/21

N. 03

FISCAL	
CENTRAL DE CONVÊNIO	
VR LIQ.	9330,82
19 MAI 2021	
	
Resp. Fiscal	

Monique Rodrigues
Analista Fiscal
FUABC - Central de Convênios
19/05/21

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.52
1911901911 SEGUNDA VIA 0068

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

000235

CLIENTE: FUNDACAO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.774-2

Convenio GPS - CODIGO DE BARRAS

Codigo de Barras 8588000012-1 38850270263-2
12899479200-6 01862021057-8

Data do pagamento 17/06/2021

Valor Total 1.238,85

DOCUMENTO: 061701

AUTENTICACAO SISBB: 8.9DB.72A.307.9B5.156


Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00008/20
Hospital São Mateus

Confere com a
Original

000236

1ª Via

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	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
IR S/ NF 13 IDEAL SUPORTE DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	168,93
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	168,93

8569000001-4 68930064116-4 91575712750-0 00117081151-5


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



cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
IR S/ NF 13 IDEAL SUPORTE DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	168,93
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	168,93

8569000001-4 68930064116-4 91575712750-0 00117081151-5


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



cortar nesta linha

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

Confere com a
OriginalSecretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00006/120
Hospital São Mateus

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e Serviço prestado em 11/05/2021 20210519u28994792000186	Número da Nota 00000013			
	Data e Hora de Emissão 18/05/2021 15:58:04			
	Código de Verificação QBN1-2IEB			
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 CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Inscrição Municipal: --- Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS.				
PERÍODO: 16 A 28/02/2021				
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 13 DIAS TRABALHADOS - 39 PLANTÕES - TOTAL R\$ 9.325,29 COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA PROPORCIONAL PARA 13 DIAS - R\$ 1.937,00				
VALOR TOTAL DA NF: R\$ 11.262,29				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 11.262,29				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
1.238,85	0,00	112,62	337,87	73,20
Código do Serviço				
04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	11.262,29	2,00%	225,24	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 9;				

Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00006/20
 Hospital São Mateus

Compare com a
 Original

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	SM 20004/21
Competência	02/21
Centro de Custo	Hosp. SM
Vencimento	20,05,21

N. 03

FISCAL
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 9330,82
19 MAI 2021
 Resp. Fiscal

Monique Rodrigues
Analista Fiscal
FUABC - Central de Convênios

19/05/21

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.52
1911901911 SEGUNDA VIA ' 0084

000238

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: FUNDACAO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.774-2

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 1911 - CORP BANK INFRA SP

CODIGO DE BARRAS 85690000001 68930064116

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 168,93

DOCUMENTO: 061702

AUTENTICACAO SISBB: A.961.D8B.18B.D43.F56

Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00006/120
Hospital São Mateus

Confira 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	000239 31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	07 VALOR DO PRINCIPAL	523,69
<p>COFINS S/ NF 13 IDEAL SUPORTE</p> <p>DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS</p> <p>Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4</p>	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	523,69

85690000005-5 23690064116-8 91575712750-0 00159521151-5

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



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	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	07 VALOR DO PRINCIPAL	523,69
<p>COFINS S/ NF 13 IDEAL SUPORTE</p> <p>DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS</p> <p>Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4</p>	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	523,69

85690000005-5 23690064116-8 91575712750-0 00159521151-5

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 00008/20
Hospital São Mateus

Confere com a
Original

000240



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e
 Serviço prestado em 11/05/2021

20210519028994792000186

Número da Nota
0000013
 Data e Hora de Emissão
18/05/2021 15:58:04
 Código de Verificação
QBN1-2IEB



IDEAL SUPORTE
 ASISTÊNCIA MÉDICA

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS.

PERÍODO: 16 A 28/02/2021

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 13 DIAS TRABALHADOS - 39 PLANTÕES - TOTAL R\$ 9.325,29

COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA PROPORCIONAL PARA 13 DIAS - R\$ 1.937,00

VALOR TOTAL DA NF: R\$ 11.262,29

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 11.262,29

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
1.238,85	169,93	642,62	633,87	73,20
Código do Serviço 04391 - Fisioterapia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	11.262,29	2,00%	225,24	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 9;

Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00008/20
 Hospital São Mateus

Confira com o Original

CENTRAL DE CONVÊNIOS	
Proc. Nº	SM 20004/21
Competência	02/21
Centro de Custo	HOSP. SM
Vencimento	20,05,21

N. 03

FISCAL
CENTRAL DE CONVÊNIOS
VR LIQ. 9330,82
19 MAI 2021

Resp. Fiscal

Monique Rodrigues
Analista Fiscal
FUABC - Central de Convênios
19/05/21

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.52
1911901911 SEGUNDA VIA 0075

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

000241



CLIENTE: FUNDAÇÃO DO ABC
AGÊNCIA: 1911-9 CONTA: 8.774-2
=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 1911 - CORP BANK INFRA	SP
CODIGO DE BARRAS	85690000005 23690064116
	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	523,69

DOCUMENTO: 061703
AUTENTICACAO SISBB: E.2D9.249.C46.395.79F

Secretaria de Estado da Saúde
Convênio nº 00008//20
Hospital São Mateus

Confira com o
Original

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e Serviço prestado em 11/05/2021 20210518u28994792000186	Número da Nota: 000285 0000014			
	Data e Hora de Emissão 18/05/2021 16:04:29 Código de Verificação FB7W-UPPQ			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 IDEAL SUPORTE ASSISTÊNCIA MÉDICA	CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo			
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 TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS.				
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				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.529,63				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
1.048,26	142,94	95,30	295,89	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	
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 10;				


Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00006/20
 Hospital São Mateus

Confere com a
 Original

2000000

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	SM 20004/Rd
Competência	03/21
Centro de Custo	Hosp. SM
Emissão	20, 08, 21

R-09

FISCAL
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR Liq. 7895,30
19 MAI 2021
 Resp. Fiscal

000294

G3332010346791201
20/05/2021 10:40:20



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 10.40.20
1911901911 SEGUNDA VIA 0031

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: FUNDAÇÃO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.774-2

=====

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\$ 82.705,79

DEBITO EM: 20/05/2021

=====


DOCUMENTO: 052002
AUTENTICACAO SISBB: 1.469.893.1DB.E41.030

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

Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00008/20
Hospital São Mateus

Confere com a
Original

000243

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e Serviço prestado em 11/05/2021 20210518u28994792000186	Número da Nota 00000014
	Data e Hora de Emissão 18/05/2021 16:04:29 Código de Verificação FB7W-UPPQ
PRESTADOR DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Inscrição Municipal: 6.806.266-4 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo UF: SP.	
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Inscrição Municipal: — Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br	
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: — Nome/Razão Social: —	
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS. 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	
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.529,63	
INSS (R\$) 264,26 IRRF (R\$) 142,94 CSL (R\$) 95,30 COFINS (R\$) 285,89 PIS/PASEP (R\$) 61,94	Código do Serviço 04391 - Fisioterapia.
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
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 10;	

Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00008/20
 Hospital São Mateus

Confira com o
 Original.

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	SM 2004/21
Competência	03/21
Centro de Custo	HOSP. SM
Empenho	20,08,21

R.09

FISCAL
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 7895,30
19 MAI 2021

Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.52
1911901911 SEGUNDA VIA 0064

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: FUNDACAO DO ABC
AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.774-2


=====
Convenio GPS - CODIGO DE BARRAS
Codigo de Barras 85890000010-7 48260270263-1
12899479200-6 01862021057-8
Data do pagamento 17/06/2021
Valor Total 1.048,26
=====

DOCUMENTO: 061704
AUTENTICACAO SISBB: A.C91.340.E48.1CD.11B

000244

Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00006//20
Hospital São Mateus


Confere com a
Original

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL	142,94
IR S/ NF 14 IDEAL SUPORTE DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	142,94
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

8569000001-4 42940064116-4 91575712750-0 00117081151-5



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC -CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL	142,94
IR S/ NF 14 IDEAL SUPORTE DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	142,94
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

8569000001-4 42940064116-4 91575712750-0 00117081151-5




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 00006/20
 Hospital São Mateus

Confere com a
 Original

000246

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e Serviço prestado em 11/05/2021	Número da Nota 00000014
	Data e Hora de Emissão 18/05/2021 16:04:29 Código de Verificação FB7W-UPPQ
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 CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Inscrição Municipal: --- Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br	
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---	
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS. 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	
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.529,63	
INSS (R\$) 1.048,26 Código do Serviço 04391 - Fisioterapia.	IRRF (R\$) 742,94 CSLL (R\$) 95,30 COFINS (R\$) 265,89 PIS/PASEP (R\$) 61,94
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 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 10;	

Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00008/20
 Hospital São Mateus

Confira
 onfere.com.br
 original

CENTRAL DE CONVÊNIO
Proc. Nº SM 2004/21
Competência 03/21
Centro de Custo HOSP. SM
Exercício 20,08,21

R.09

FISCAL
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LIQ. 7895,30
19 MAI 2021
Monique
Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.31.52
1911901911 SEGUNDA VIA 0085

000247

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: FUNDAÇÃO DO ABC

AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.774-2

=====

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: 6.B84.72C.069.9A4.AE6

Confere com a
Original

Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00006/20
Hospital São Mateus

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	000248 31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
COFINS S/ NF 14 IDEAL SUPORTE DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	443,13
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	443,13


8563000004-4 43130064116-1 91575712750-0 00159521151-5

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	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	57.571.275/0001-00
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE FUNDAÇÃO DO ABC-CENTRAL DE CONVENIOS 2666-5400	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
COFINS S/ NF 14 IDEAL SUPORTE DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: SANTO ANDRE NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.69.72.7057 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	443,13
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	443,13

8563000004-4 43130064116-1 91575712750-0 00159521151-5

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.

Confira com a
 Confere com a
 Original

Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00008/20
 Hospital São Mateus

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e Serviço prestado em 11/05/2021 20210518u28994792000186	Número da Nota 00000014
	Data e Hora de Emissão 18/05/2021 16:04:29 Código de Verificação FB7W-UPPQ
PRESTADOR DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: 28.994.792/0001-86 Inscrição Municipal: 6.806.266-4 Nome/Razão Social: IDEAL SUPORTE ASSISTENCIA MEDICA LTDA Endereço: AV PAULISTA 1471, CONJ 511 CERQUEIRA CE - BELA VISTA - CEP: 01311-927 Município: São Paulo UF: SP	
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: FUNDAÇÃO DO ABC CENTRAL DE CONVENIOS CPF/CNPJ: 57.571.275/0004-45 Inscrição Municipal: --- Endereço: AV Lauro Gomes 2000 - Vila Sacadura Cabral - CEP: 09060-870 Município: Santo André UF: SP E-mail: monique.rodrigues@fuabc.org.br	
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---	
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS. 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	
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.529,63	
INSS (R\$) 1.048,26 Código do Serviço 04391 - Fisioterapia.	IRRF (R\$) 142,94 CSLL (R\$) 35,30 Cofins (R\$) 285,89 PIS/PASEP (R\$) 61,94
Valor Total das Deduções (R\$) 0,00 Base de Cálculo (R\$) 9.529,63 Município da Prestação do Serviço	Aliquota (%) 2,00% Valor do ISS (R\$) 190,59 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 10;	

Secretaria de Estado de Saúde
 Convênio nº 00008/20
 Hospital São Mateus

Confere com a
 Original

0000

CENTRAL DE CONVÊNIO	
Proc. Nº	SM 20004/21
Competência	03/21
Centro de Custo	HOSP. SM
Emissão	20,08,21

R.09

FISCAL
CENTRAL DE CONVÊNIO
VR LÍQ. 7895,30
19 MAI 2021
<i>Monique</i>
Resp. Fiscal

18/06/2021

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2021 - AUTOATENDIMENTO r 15.31.52
1911901911 SEGUNDA VIA 0083

000250

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: FUNDAÇÃO DO ABC

AGÊNCIA: 1911-9 CONTA: 8.774-2

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: E.A0E.3F9.2DC.75E.85F

Secretaria de Estado de Saúde
Convênio nº 00008/20
Hospital São Mateus

Confere com a
Original