

| | | | | |
|---|--|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
|  PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 17017452 Série 1, emitido em 08/09/2020 <small>20201116u02535884000133</small> | Número da Nota 17027012 | | | |
| | Data e Hora de Emissão 08/09/2020 10:28:44 | | | |
| | Código de Verificação Y1AN-WY8X | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
|  CPF/CNPJ: 02.636.864/0001-33 Inscrição Municipal: 6.131.480-3 Nome/Razão Social: VR BENEFÍCIOS E SERVIÇOS DE PROCESSAMENTO S/A Endereço: AV DOS BANDEIRANTES 460 460 - BROOKLIN PAULISTA - CEP: 04553-900 Município: São Paulo UF: SP | | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62 Inscrição Municipal: ---- Endereço: R Emygdia Campolim 131 - Parque Campolim - CEP: 18047-626 Município: Sorocaba UF: SP E-mail: amanda.dias@incs.org.br | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ---- | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| Total de Credito VR Alimentação: R\$ 4.200,00 - (21 cartão(ões)) | | | | |
| Vencimento em 04/09/2020 Trib aprox. Lei nº 12.741/12: R\$0,00 Federal, R\$0,00 Municipal e R\$0,00 pelos serviços Fonte: IBPT/empresometro.com.br 02C353 20.2.A Valor da corretagem ou comissão: zero Pedido: 20200818002087 CC: UBS SANTANA Autorização de Regime especial - SEI 6017.2018/0055420-5 REALIZE O PAGAMENTO APENAS DE BOLETOS EMITIDOS POR VOCÊ NA ÁREA LOGADA E SEGURA DO SEU PORTAL RH. PREVINA-SE E EVITE PREJUÍZOS FINANCEIROS. | | | | |
| VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 4.200,00 | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | - | - | - | - |
| Código do Serviço 03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 4.200,00 | 0,00 | 2,00% | 0,00 | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | |
| - | | - | 17,64% / IBPT | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005, (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 17017452 Série 1, emitido em 08/09/2020; (3) Dedução com base em decisão judicial e/ou administrativa.; | | | | |



Relatório de Detalhes do Pedido

CNPJ: 09.268.215/0001-62
Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA
Pedido: 20200818002087
Data do Pedido: 18/08/2020 14:40

| Resumo do Pedido | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|---|------------|--------------------|
| Produto | Data do Crédito | Total do Pedido (R\$) | Descrição | Valor base | Qtde Beneficiários |
| VR Alimentação | 08/09/2020 | 4.200,00 | | | |
| | | | Valor do Benefício (R\$) | | 21 |
| | | | Taxa de serviço (% por valor creditado) | 0,00 | 21 |
| Valor Total do Pedido (R\$) | | 4.200,00 | | | |

| Detalhes do Pedido | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------|----------------|-----------|--------------------|----------------------------------|-------------------|
| Nome | Valor do Benefício (R\$) | Produto | CPF | Matrícula | Cód. Local Entrega | Local de Entrega | Cód. Departamento |
| ADRIANA DOS SANTOS PRADO | 200,00 | VR Alimentação | 271.506.438-17 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| ALESSANDRA MATIAS SANTOS CHAGAS | 200,00 | VR Alimentação | 348.041.568-79 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| ANA CLAUDIA GOMES DOS SANTOS | 200,00 | VR Alimentação | 340.599.058-01 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| ANDREIA MARINA VITORINO | 200,00 | VR Alimentação | 214.717.798-90 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| BEATRIZ FERNANDA DE LIMA | 200,00 | VR Alimentação | 929.273.516-00 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| CRISTIANE DE SOUZA REINO | 200,00 | VR Alimentação | 293.667.448-42 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| CRISTIANE SOARES SANTANA | 200,00 | VR Alimentação | 639.742.902-49 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| DEBORA DOS SANTOS | 200,00 | VR Alimentação | 285.815.788-02 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVEIRA | 200,00 | VR Alimentação | 413.900.458-46 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| FATIMA DE SOUZA AUGUSTO | 200,00 | VR Alimentação | 045.628.328-51 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| JORGE LUIS DE OLIVEIRA | 200,00 | VR Alimentação | 560.941.326-53 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| LILIANE MACIEIRA SANTOS SILVA | 200,00 | VR Alimentação | 253.988.518-70 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| MAIARA PEREIRA SILVA | 200,00 | VR Alimentação | 454.320.458-18 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| MARIA GABRIELA AZEVEDO SOARES SOUZA | 200,00 | VR Alimentação | 417.997.178-01 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| NATAELLY TANNY GOMES PEREIRA | 200,00 | VR Alimentação | 057.632.273-36 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| PAMELA MARIA TEODORO DE PAULA | 200,00 | VR Alimentação | 403.995.688-59 | | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio n° 07/2020

| | | | | | | |
|----------------------------|--------|----------------|----------------|----|----------------------------------|----|
| RAFAEL LAHOZ DA SILVA | 200,00 | VR Alimentação | 351.773.478-00 | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| RAFAELA LOURENCO DE SOUZA | 200,00 | VR Alimentação | 421.029.358-09 | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| REGIANE APARECIDA DE SOUZA | 200,00 | VR Alimentação | 159.593.598-39 | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| ROSEMARY DA SILVA ALVES | 200,00 | VR Alimentação | 098.533.558-09 | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |
| TAYNA CAMPOS CAMARGO SILVA | 200,00 | VR Alimentação | 412.634.628-71 | 01 | NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA | 01 |

Qtde Provisórios

Total (R\$)

4.200,00

0,00

Departamento

Emissão Cartão

Recebido em

Assinatura

UBS SANTANA

Não

UBS SANTANA

Sim

UBS SANTANA

Não

UBS SANTANA

Não

UBS SANTANA

Não

UBS SANTANA

Sim

UBS SANTANA

Não

UBS SANTANA

Não

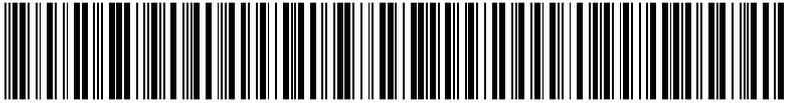
UBS SANTANA

Sim

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio n° 07/2020

| | |
|-------------|-----|
| UBS SANTANA | Não |

| | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--------------------|--|---|--|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer banco. | | | | | Vencimento 04/09/2020 | |
| Beneficiário VR Benefícios e Serviços de Processamento Ltda. | | | | CNPJ/CPF 02.535.864/0001-33 | Agência / Código do Beneficiário 2938/20554-5 | |
| Data do Documento 18/08/2020 | Nº do Documento 20200818002087 | Espécie Doc. DV | Aceite N | Data de Processamento 18/08/2020 | Nosso Número / Cód. do Documento 175/03522088-5 | |
| Uso do Banco | Carteira 175 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda | (-) Valor do Documento 4200,00 | |
| Instruções Sr. Caixa: Não receber após 24/09/2020. Não receber valor inferior ao valor facial deste boleto sem autorização do beneficiário. Sr. Cliente: Este produto é pré-pago e seu pedido será processado e entregue somente após a confirmação do pagamento. Após o dia 24/09/2020 o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido e novo boleto. Produtos: Alimentação | | | | | (-) Desconto / Abatimento 0,00 | |
| | | | | | (-) Outras Deduções 0,00 | |
| | | | | | (+) Mora / Multa 0,00 | |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos 0,00 | |
| | | | | | (-) Valor Cobrado 4200,00 | |
| Beneficiário VR Benefícios e Serviços de Processamento Ltda. Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900 | | | | | Código de Baixa 09.268.215/0001-62 | |
| Pagador INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA R Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba / SP | | | | | | |



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

BENEFICIÁRIO : VR Benefícios e Serviços de Processamento Ltda.
Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900

| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| Nome do Beneficiário VR Benefícios e Serviços de Processamento Ltda. | | CNPJ/CPF 02.535.864/0001-33 | Data de Vencimento 04/09/2020 | Valor Cobrado 4200,00 |
| Agência / Código do Beneficiário 2938/20554-5 | | Nosso Número 175/03522088-5 | | Autenticação Mecânica |

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M. de São José dos Campos Convênio nº 07/2020



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | |
|--|--|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 34191.75033 52208.852930 82055.450009 1 83680000420000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | VR BENEF SERV PROC |
| Nome/Razão Social: | VR BENEF SERV PROC |
| CPF/CNPJ: | 02.535.864/0001-33 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 04/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 01/09/2020 |
| Valor Nominal do Bolet: | 4.200,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 4.200,00 |
| Valor Pago (R\$): | 4.200,00 |
| Identificação do Pagamento: | VR |

Data/hora da operação: 01/09/2020 09:32:12

Código da operação: 045156672
Chave de segurança: YRUAGS077922UUSK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

RECEBEMOS DE MARFMOVEIS EIRELLI OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

Nº 3455
SÉRIE 001

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

MARFMOVEIS EIRELLI

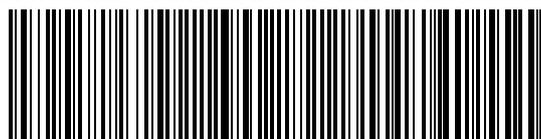


RUA VILACA, 601
CENTRO
SAO JOSE DOS CAMPOS SP
CEP.:12210-000 Tel.:(12) 3923-4226
faturamento@marfmoveis.com.br

Página 1 de 1

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA 1



Nº 3455
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO DA NF-e
35200708690827000186550010000034551574422920



NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS CFOP 510255

INSCRIÇÃO ESTADUAL 645502428118 I.E. SUBST. TRIBUT. CNPJ 08690827000186

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DA NF-e:
135200644402344 30/07/2020 14:45:55

DESTINATÁRIO / REMETENTE

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | | | CPF / CNPJ 09268215000162 | DATA EMISSÃO 30/07/2020 |
| ENDEREÇO AV RUI BARBOSA 2445 | | BAIRRO / DISTRITO SANTANA | CEP 12212-000 | DATA SAÍDA 30/07/2020 |
| MUNICÍPIO SAO JOSE DOS CAMPOS | TELEFONE / FAX 15 32519494 | UF SP | I.E. / R.G. | HORA SAÍDA 14:45 |

FATURA

| | | | | | | | |
|-------------|---|------------|---|---|---|---|---|
| VALOR | A | 1.025,00 | B | C | D | E | F |
| DATA VENCTO | | 09/08/2020 | | | | | |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE CÁLC. ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VLR. APROX. DOS TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.025,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP. ACESS. | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.025,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|--------------|-------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE | CÓDIGO ANTT | PLACA | UF | CNPJ |
| | 0-REMETENTE | | | | |
| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
| | | S/M | S/N | 0,000 | 0,000 |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO DO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM | CSON | CFOP | UN | QTD | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B CÁLCULO ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|-------------------|--|----------|------|------|----|------|----------------|-------------|----------------|------------|-----------|-----------|----------|
| 12056 | LIXEIRA 50 LITROS C/PEDAL ATTUALE BRANCA | 39249000 | 102 | 5102 | PC | 3,00 | 95,00 | 285,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 12216 | LIXEIRA 100 LITROS C/PEDAL ATTUALE BCO | 39249000 | 102 | 5102 | PC | 4,00 | 185,00 | 740,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

ANOTAÇÕES GERAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO(S): 036969
EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA CREDITO DE ICMS.
BOLETO 10 DIAS

RESERVADO AO FISCO

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio nº 07/2020

| | | | | | |
|---|---------------------|---------------|------------|--------------------|-----------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | 08/09/2020 |
| Beneficiário | | | | | Agência / Cod. Beneficiário |
| MARFMOVEIS EIRELLI EPP - 08.690.827/0001-86 R VILACA, 601 - CENTRO - CEP: 12210-000 - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP | | | | | 0093 / 008036713 |
| Data do Documento | No. do Documento | Espécie doc. | Aceite | Data Processamento | Nosso Número |
| 31/08/2020 | 3455 | DM | N | 31/08/2020 | 0000000000038 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento |
| | Rápida com Registro | REAL | 1 | | 1.025,00 |
| Pagador | | | | | |
| INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09.268.215/0001-62 AVENIDA RUI BARBOSA2445 SAO JOSE DOS CAMPOS / SP - 12212-000 | | | | | |
| Sacador/Avalista | | | | | |
| Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) | | | | | |
| MULTA APOS 08/09/2020 R\$ 20,50 COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R\$ 2,05 | | | | | |

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

| | | | | | |
|---|---------------------|---------------|------------|--------------------|-----------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | 08/09/2020 |
| Beneficiário | | | | | Agência / Cod. Beneficiário |
| MARFMOVEIS EIRELLI EPP - 08.690.827/0001-86 R VILACA, 601 - CENTRO - CEP: 12210-000 - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP | | | | | 0093 / 008036713 |
| Data do Documento | No. do Documento | Espécie doc. | Aceite | Data Processamento | Nosso Número |
| 31/08/2020 | 3455 | DM | N | 31/08/2020 | 0000000000038 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento |
| | Rápida com Registro | REAL | 1 | | 1.025,00 |
| Instruções | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| MULTA APOS 08/09/2020 R\$ 20,50 COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R\$ 2,05 | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador | | | | | |
| INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09.268.215/0001-62 AVENIDA RUI BARBOSA2445 SAO JOSE DOS CAMPOS / SP - 12212-000 | | | | | |
| Sacador/Avalista | | | | | |

Autenticação Mecânica



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletó

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo
CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62
Nome: INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE
Conta de débito: 2757 / 003 / 00002758-4

Histórico do Pagamento: PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras: 03399.80369 71300.000008 00003.801016 2 83720000102500
Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco: 033
Código do ISPB: 90400888
Beneficiário original / Cedente
Nome Fantasia: MARFMOVEIS EIRELLI EPP
Nome/Razão Social: MARFMOVEIS EIRELLI EPP
CPF/CNPJ: 08.690.827/0001-86
Beneficiário Final
Nome/Razão Social: MARFMOVEIS EIRELLI EPP
CPF/CNPJ: 08.690.827/0001-86
Pagador Sacado
Nome/Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE
CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62
Pagador Final - Correntista
Nome/Razão Social: INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE
CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62

Data do Vencimento: 08/09/2020
Data de Efetivação / Agendamento: 01/09/2020
Valor Nominal do Boletó: 1.025,00
Juros (R\$): 0,00
IOF (R\$): 0,00
Multa (R\$): 0,00
Desconto (R\$): 0,00
Abatimento (R\$): 0,00
Valor Calculado (R\$): 1.025,00
Valor Pago (R\$): 1.025,00
Identificação do Pagamento: NF 3455 MARFMOVEIS

Data/hora da operação: 01/09/2020 09:34:09

Código da operação: 045160148
Chave de segurança: MGY8YCKXPTEWXJV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3310 / 00001099488-0 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | CRISTIANE SOARES SANTANA |
| CPF/CNPJ: | 639.742.902-49 |
| Valor: | R\$ 1.887,05 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CRISTIANE SANTANA |
| Histórico: | |

PAGAMENTO DE SALÁRIO

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 01/09/2020 15:31:12 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00147819 |
| Chave de segurança: | A386EZYHENW7VVKJ |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2020

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 7440 / 00000014539-4 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | CARLA DE ANDRADE |
| CPF/CNPJ: | 270.094.178-06 |
| Valor: | R\$ 664,43 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CARLA ANDRADE |
| Histórico: | |

PAGAMENTO DE SALÁRIO

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 01/09/2020 15:32:06 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00148277 |
| Chave de segurança: | TQ4TGFTUZ5UPUU2K |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2021

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0240 / 00000034980-3 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | NATAELLY TANNY GOMES PEREIRA |
| CPF/CNPJ: | 057.632.273-36 |
| Valor: | R\$ 1.896,64 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NATAELLY PEREIRA |
| Histórico: | |

PAGAMENTO DE SALÁRIO

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 01/09/2020 15:33:07 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00148848 |
| Chave de segurança: | E8P254448538Q444 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2020

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 1634 / 013 / 00092296-1 |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | ALESSANDRA MATIAS SANTOS |
| Quantidade de vezes: | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Valor: | R\$ 1.810,46 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 01/09/2020 15:22:14 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 011522 |
| Chave de segurança: | UEWA3C8HA4TN7WEU |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 3115 / 013 / 00010138-4 |

| | | |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | ANA CLAUDIA G SANTOS | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Quantidade de vezes: | | |
| Valor: | R\$ 1.776,21 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 01/09/2020 15:23:08 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 011523 |
| Chave de segurança: | A3K4PTG4PZER9XM8 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 4229 / 001 / 00022867-7 |

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | BEATRIZ FERNANDA DE LIMA | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Quantidade de vezes: | | |
| Valor: | R\$ 1.808,93 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 01/09/2020 15:23:48 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 011523 |
| Chave de segurança: | 0SSK258FRWK3QPEC |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 4847 / 013 / 00002737-3 |

| | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVEIR | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Quantidade de vezes: | | |
| Valor: | R\$ 854,43 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 01/09/2020 15:24:41 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 011524 |
| Chave de segurança: | PF9EEKH7CHGH1CA3 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 0351 / 013 / 00037555-2 |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | FATIMA DE SOUZA AUGUSTO | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Quantidade de vezes: | | |
| Valor: | R\$ 2.006,71 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 01/09/2020 15:25:25 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 011525 |
| Chave de segurança: | QJM2QVRZ7Y2EGGM0 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 0351 / 013 / 04033782-1 |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | JORGE LUIZ DE OLIVEIRA |
| Quantidade de vezes: | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Valor: | R\$ 1.315,68 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 01/09/2020 15:26:11 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 011526 |
| Chave de segurança: | Q959VNMK042U5R50 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

2ª Via - Comprovante de remessa de Doc eletrônico

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Emitente: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 195/121133-1 |
| Tipo: | DOC E |

| | |
|------------------------------------|------------------------------|
| Banco: | 237-BANCO BRADESCO S/A |
| Finalidade: | 01-Crédito em Conta Corrente |
| Nome destinatário: | CRISTIANE DE SOUZA REINO |
| CPF/CNPJ destinatário: | 293.667.448-42 |
| Valor a ser transferido: | R\$ 4.059,76 |
| Tarifa de emissão de DOC: | R\$ 10,00 |
| Valor total a ser debitado: | R\$ 4.069,76 |
| Identificação da operação: | CRISTIANE REINO |

PAGAMENTO DE SALÁRIO

| | |
|-------------------------------|------------|
| Data de débito: | 02/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 02/09/2020 |

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Código da operação: | 00063985 |
| Chave de segurança: | E5PFQXN8F8KJ7PX |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio nº 020

2ª Via - Comprovante de remessa de Doc eletrônico

Via Internet Banking CAIXA

Emitente: INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE

Conta origem: 2757 / 003 / 00002758-4

Conta destino: 4317/2592-5

Tipo: DOC E

Banco: 756-BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Finalidade: 01-Crédito em Conta Corrente

Nome destinatário: ADRIANA DOS SANTOS PRADO

CPF/CNPJ destinatário: 271.506.438-17

Valor a ser transferido: R\$ 3.365,52

PAGAMENTO DE SALÁRIO

Tarifa de emissão de DOC: R\$ 10,00

Valor total a ser debitado: R\$ 3.375,52

Identificação da operação: ADRIANA PRADO

Data de débito: 02/09/2020

Data/hora da operação: 02/09/2020

Código da operação: 00064125

Chave de segurança: H410ZWPLYL8RVC48

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 6473 / 00000027099-6 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | RAFAELA LOURENCO DE SOUZA |
| CPF/CNPJ: | 421.029.358-09 |
| Valor: | R\$ 2.011,26 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | RAFAEL DE SOUZA |
| Histórico: | |

PAGAMENTO DE SALÁRIO

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 02/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 02/09/2020 09:38:31 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00153910 |
| Chave de segurança: | H8815MA8N15M7THZ |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2021

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0195 / 00000113249-0 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | DEBORA DOS SANTOS |
| CPF/CNPJ: | 285.815.788-02 |
| Valor: | R\$ 1.273,53 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | DEBORA DOS SANTOS |
| Histórico: | |

PAGAMENTO DE SALÁRIO

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 02/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 02/09/2020 09:41:20 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00155200 |
| Chave de segurança: | SY28HKV7PURC2FQT |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2020

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 1634 / 013 / 00128112-9 |

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Nome destinatário: | LILIANE MACIEIRA SANTOS SILVA |
| Quantidade de vezes: | |
| Valor: | R\$ 1.273,98 |

PAGAMENTO DE SALÁRIO

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 02/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 02/09/2020 09:28:35 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 020928 |
| Chave de segurança: | REX86E5RCKXQEEHV |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 0934 / 013 / 00081357-5 |

| | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário: | MARIA GABRIELA AZEVEDO S SOUZA |
| Quantidade de vezes: | |
| Valor: | R\$ 1.191,02 |

PAGAMENTO DE SALÁRIO

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 02/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 02/09/2020 09:30:33 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 020930 |
| Chave de segurança: | ZH9TER4XFSV3A269 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 3013 / 1288 / 000838688021-8 |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | PAMELA M T DE PAULA SAO | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Quantidade de vezes: | | |
| Valor: | R\$ 1.884,92 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 02/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 02/09/2020 09:31:37 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 020931 |
| Chave de segurança: | 6PP74N34XTH1HRZ1 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 1400 / 001 / 00027305-3 |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | RAFAEL LAHOZ DA SILVA | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Quantidade de vezes: | | |
| Valor: | R\$ 1.400,18 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 02/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 02/09/2020 09:32:46 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 020932 |
| Chave de segurança: | 6CX9QHPH1AUH2C9W |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 1634 / 013 / 00123473-2 |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | ROSEMARY DA SILVA ALVES | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Quantidade de vezes: | | |
| Valor: | R\$ 1.191,02 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 02/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 02/09/2020 09:36:54 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 020936 |
| Chave de segurança: | XMS87AE1AJZV7AMG |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

GFIP - SEFIP 8.40

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE | | | | 02-DDD/TELEFONE (0015)30352779 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 41.644,73 | 06-QTDE TRABALHADORES 20 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 09.268.215/0001-62 | 11-COMPETÊNCIA 08/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/09/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 3.331,57 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 3.331,57 |
|--|---------------------|---------------------------------|

****VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2020****

858800000334 315701792008 907644050807 926821500016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

GFIP - SEFIP 8.40

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE | | | | 02-DDD/TELEFONE (0015)30352779 |
| 03-FPAS 639 | 04-SIMPLES 1 | 05-REMUNERAÇÃO 41.644,73 | 06-QTDE TRABALHADORES 20 | 07-ALÍQUOTA FGTS 8 |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO 115 | 09-ID RECOLHIMENTO 017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 09.268.215/0001-62 | 11-COMPETÊNCIA 08/2020 | 12-DATA DE VALIDADE 07/09/2020 |

| | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 3.331,57 | 14-ENCARGOS 0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER 3.331,57 |
|--|---------------------|---------------------------------|

****VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2020****

858800000334 315701792008 907644050807 926821500016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

DATA: 31/08/2020

GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020)

HORA: 18:46:37

PÁG : 001/001

RELATÓRIO ANALÍTICO DA GRF

EMPRESA: INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE

INSCRIÇÃO: 09.268.215/0001-62

COMPETÊNCIA: 08/2020

CÓD REC: 115

FPAS: 639

SIMPLES: 1

FGTS - 8%

QTDE TRABALHADORES

20

REMUNERAÇÃO

41.644,73

DEPÓSITO

3.331,57

ENCARGOS FGTS

0,00

CONTRIB SOCIAL

0,00

ENCARGOS CONTRIB SOC

0,00

TOTAL A RECOLHER

3.331,57

VALIDADE DO CÁLCULO: até 07/09/2020

RELATÓRIO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA, NÃO É VÁLIDO PARA QUITAÇÃO.

A(S) GRF(S), PARA FINS DE QUITAÇÃO, SERÁ(ÃO) IMPRESSA(S) SOMENTE APÓS TRANSMISSÃO DO ARQUIVO VALIDADO PELO CONECTIVIDADE SOCIAL.

2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS
Via Internet Banking Caixa

Nome: INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE
Conta de débito: 2757 / 003 / 00002758-4

Representação numérica do código de barras:

858800000334 315701792008 907644050807 926821500016

CNPJ/CEI empresa: 09.268.215/0001-62
Cód. convênio: 0179
Data de validade: 07/09/2020
Competência: 08/2020

Valor recolhido: 3.331,57

Identificação da operação: FGTS 08

Data / hora: 03/09/2020
Data de Débito: 03/09/2020

Código da operação: 00540123
Chave de segurança: GXXS241ME5LK29SM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio n° 01/2019



Paraíso da Grande São Paulo

Prefeitura Municipal de Santa Isabel

Secretaria Municipal de Administração e Finanças

NOTA FISCAL ELETRÔNICA - NFE / ISSQN

Avenida República 530 - Centro - Santa Isabel/SP - 07500-000 - Fone: (11) 4656-8700

Número da NF

00001058

Data e Hora de Emissão

31/08/2020 12:00:32

Código de Verificação

BD0C-6CE60

PRESTADOR DE SERVIÇOS



C.P.F. / C.N.P.J.: 17.544.568/0001-76 I.M.: 21542001769 I.E.: 616.033.274.116
 Nome / Razão Social: FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MANUTENÇÃO EIRELI - ME
 Endereço: RUA DOUTOR FERNANDO COSTA, 13 - PISO INFERIOR 1 - CENTRO
 Município: SANTA ISABEL UF: SP CEP: 07500000
 E-mail:

TOMADOR DE SERVIÇOS

C.P.F. / C.N.P.J.: 09.268.215/0001-62 I.M.: I.E.:
 Nome / Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 Endereço: RUA EMYGDIA CAMPOLIM, 131 - SOROCABA CEP: 18047626
 Município: SOROCABA UF: SP E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS PRESTADOS DE MANUTENÇÃO NO MÊS DE AGOSTO/2020 NO PERÍODO DE 01/08/2020 À 31/08/2020, ENTRE O INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. UBS - SANTANA - AV. RUI BARBOSA, 2445 - SANTANA, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP, 12212-000

PARCELA REF. BENEFÍCIOS NÃO SUJEITOS A RETENÇÃO PARA A SEGURIDADE SOCIAL CONFORME ART. 124 DA IN RFB N. 971 DE 13/11/2009 R\$ 1.847,00
 RETENÇÃO DE 11% PARA A SEGURIDADE SOCIAL R\$ 1.996,90

DADOS BANCÁRIOS
 BANCO: SICREDI
 AG. 0710
 C/C 47256-2

FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MANUTENÇÃO EIRELI - ME
 VENCIMENTO: 04/09/2020

Retenções de Impostos
 ISS: R\$ 1000,03 - INSS: R\$ 1996,90 -

VALOR TOTAL DA NOTA =R\$ 20.000,63

VALOR LÍQUIDO DA NOTA =R\$ 17.003,70

Código do Serviço

7-10 - LIMPEZA, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VIAS E LOGRADOUROS PUBLICOS, IMOVEIS, CHAMINES, PISCINAS, PARQUES, JARDINS E CONGENERES

| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) |
|--------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------|
| 0,00 | 20.000,63 | *** | Veja observações abaixo |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Empresa optante do Simples Nacional.
- Imposto de Serviço devido no local de Prestação: SAO JOSE DOS CAMPOS/SP
- Base de cálculo de R\$ 20.000,63 e alíquota fornecida pelo prestador de 5,00% - Valor ISSQN R\$ 1.000,03
- O valor do imposto (ISSQN) foi retido pelo Tomador

INFORMATIVO


748-X

Recibo do Pagador

| | | | | | | |
|--|-----------------|------------------|-------------|--------------------|----------------------------------|--|
| Local de pagamento | | | | | Vencimento | |
| PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM CANAIS DA SUA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA | | | | | 04/09/2020 | |
| Beneficiário | | | | | Agência / Código do Beneficiário | |
| FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MA - CNPJ: 17.544.568/0001-76 | | | | | 0710.80.47256 | |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Acete | Data Processamento | Nosso Número | |
| 31/08/2020 | 1058 | DMI | N | 31/08/2020 | 20/100017-8 | |
| Espécie | | Quantidade Moeda | Valor Moeda | | Valor Documento | |
| REAL | | | | | R\$ 17.003,70 | |
| Instruções | | | | | (-) Descontos / Abatimentos | |
| | | | | | (-) Outras deduções | |
| | | | | | (+) Mora / Multa | |
| | | | | | (+) Outros acréscimos | |
| | | | | | (=) Valor Cobrado | |
| Pagador | | | | | Código de Baixa: | |
| INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIE E SAUDE - CNPJ: 09.268.215/0001-62 | | | | | | |
| RUA EMYGIDIA CAMPOLIM, 131 - SOROCABA | | | | | | |
| SOROCABA SP - 18047-626 | | | | | | |
| Sacador / Avalista | | | | | Autenticação Mecânica | |

Recebimento através do cheque Nº
Do banco
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.
Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.

Corte na linha abaixo


748-X

74891.12016 00017.807108 80472.561069 4 83680001700370

| | | | | | | |
|--|-----------------|------------------|-------------|--------------------|----------------------------------|--|
| Local de pagamento | | | | | Vencimento | |
| PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM CANAIS DA SUA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA | | | | | 04/09/2020 | |
| Beneficiário | | | | | Agência / Código do Beneficiário | |
| FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MA - CNPJ: 17.544.568/0001-76 | | | | | 0710.80.47256 | |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Acete | Data Processamento | Nosso Número | |
| 31/08/2020 | 1058 | DMI | N | 31/08/2020 | 20/100017-8 | |
| Espécie | | Quantidade Moeda | Valor Moeda | | Valor Documento | |
| REAL | | | | | R\$ 17.003,70 | |
| Instruções | | | | | (-) Descontos / Abatimentos | |
| | | | | | (-) Outras deduções | |
| | | | | | (+) Mora / Multa | |
| | | | | | (+) Outros acréscimos | |
| | | | | | (=) Valor Cobrado | |
| Pagador | | | | | Código de Baixa: | |
| INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIE E SAUDE - CNPJ: 09.268.215/0001-62 | | | | | | |
| RUA EMYGIDIA CAMPOLIM, 131 - SOROCABA | | | | | | |
| SOROCABA SP - 18047-626 | | | | | | |
| Sacador / Avalista | | | | | Autenticação Mecânica | |



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | |
|--|--|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 74891.12016 00017.807108 80472.561069 4 83680001700370 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A |
| Código do Banco: | 748 |
| Código do ISPB: | 01181521 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MA |
| Nome/Razão Social: | FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MA |
| CPF/CNPJ: | 17.544.568/0001-76 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIE E SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|--|-------------------|
| Data do Vencimento: | 04/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 03/09/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 17.003,70 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 17.003,70 |
| Valor Pago (R\$): | 17.003,70 |
| Identificação do Pagamento: | NF 1058 FACILITTA |

Data/hora da operação: 03/09/2020 15:24:12

Código da operação: 047697864
Chave de segurança: WXGG8X5M1X9P442T

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

| DADOS DA NFS-e | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Data e Hora de Emissão da NFS-e | Competência da NFS-e | Número / Série | Data e Hora do RPS | Número / Série RPS | Código de Verificação |
| 10/08/2020 13:43:11 | 08/2020 | 4716 / E | 10/08/2020 08:38:13 | 31079 / 00001 | 5TYMHQ9RZ |

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: **03.064.684/0001-83**
 Nome/Razão Social: **INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI**
 Endereço: **AVENI DOUTOR NUMA DE OLIVEIRA 53 SALA 2 JARDIM TELES PARK**
 Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**
 UF: **SP** CEP: **12212-660** Telefone:

Inscrição Municipal: **112176**
 E-mail: **PROCESSO@SERVCONTABIL.com.br**

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: **09.268.215/0001-62**
 Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**
 Endereço: **_ Emygdia Campolim 131 Parque Campolim**
 Município: **SOROCABA / BRASIL**
 UF: **SP** CEP: **18047-626** Telefone:

Inscrição Municipal:
 E-mail: **Amanda.dias@incs.org.br**

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

RHID - 2.1 O Presente contrato tem como objetivo o suporte tecnico, para o perfeito funcionamento.
 Faturamento Referencia Setembro Vencimento dia 10/09/2020

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: **331470100 - MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO DE MÁQUINAS MOTRIZES NÃO-ELÉTRICAS**
 Serviço: **1401 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM,**
 Município da Incidência do ISSQN: **SAO JOSE DOS CAMPOS** Município / País da Prestação do Serviço: **SAO JOSE DOS CAMPOS** Responsável pelo recolhimento do ISSQN: **PRESTADOR**
 Exigibilidade do ISSQN: **Exigível** Situação do prestador perante o Simples Nacional: **OPTANTE** Regime especial de tributação do ISSQN: **Simples Nacional**

CALCULO DO ISSQN

| Valor Serviço (R\$) | Deduções (R\$) | Desc. Incondicionado (R\$) | Base Cálculo ISSQN (R\$) | Alíquota | Valor ISSQN |
|---------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|----------|-------------|
| 180,00 | 0,00 | 0,00 | 180,00 | 4,35 | 7,83 |

RETENÇÕES

| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA

| Base Cálculo ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Descontos (R\$) | Valor Líquido (R\$) |
|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| 180,00 | 0,00 | 0,00 | 180,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:
 Número da nota fiscal substituída: Regra especial:

Estas despesas foram pagas com recursos do P. M. de São José dos Campos Convênio nº 07/2020



INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI
Av. Dr. Numa de Oliveira 53 Sala 02
São José dos Campos SP



Banco Itaú S.A. | **341-7**

34191.09008 07725.060722 12594.300001 1 83740000018000

| | | | | | | |
|---|---------------------|---|-----------------------|---------------------------------|------------|---------------------------------------|
| Beneficiário INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI | | Agencia/Cod Beneficiário 0721/25943-0 | | Espécie R\$ | Quantidade | Nosso número 109/00077250-6 |
| Número do documento 38019 | | CPF/CNPJ 03.064.684/0001-83 | | Vencimento 10/09/2020 | | Valor documento 180,00 |
| (-) Desconto / Abatimentos | (-) Outras deduções | (+) Mora / Multa | (+) Outros acréscimos | (-) Valor cobrado | | |
| Pagador INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09.268.215/0001-62 | | | | | | |
| Instruções Referente a OS 60259 - NFS e 4716 | | | | Autenticação mecânica | | |

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A. | **341-7**

34191.09008 07725.060722 12594.300001 1 83740000018000

| | | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------------------|---|--|
| Local de pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAU. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ | | | | | Vencimento 10/09/2020 | |
| Beneficiário INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI | | | | | Agência/Código Beneficiário 0721/25943-0 | |
| Data do documento 11/08/2020 | Nº documento 38019 | Espécie R\$ | Aceite N | Processamento 11/08/2020 | Nosso número 109/00077250-6 | |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (-) Valor documento 180,00 | |
| Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) Protestar após 5 dias do vencimento | | | | | (-) Desconto / Abatimentos | |
| | | | | | (-) Outras deduções | |
| | | | | | (+) Mora / Multa | |
| | | | | | (+) Outros acréscimos | |
| | | | | | (-) Valor cobrado | |
| Pagador INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE Rua Emygdia Campolim 131 Parque Campolim-Sorocaba - SP- CEP: 18047626 | | | | | Cod baixa | |
| Pagador/Avalista | | | | | Autenticação mecânica - Ficha de Compensação | |

Corte na linha pontilhada

©www.vapnet.com.br

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | |
|--|--|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 07725.060722 12594.300001 1 83740000018000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI |
| Nome/Razão Social: | INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI |
| CPF/CNPJ: | 03.064.684/0001-83 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | INCS INST NAC DE CIENCIAS DA |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|--|--------------------|
| Data do Vencimento: | 10/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 03/09/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 180,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 180,00 |
| Valor Pago (R\$): | 180,00 |
| Identificação do Pagamento: | NF 7416 INTERPOINT |

Data/hora da operação: 03/09/2020 15:33:16

Código da operação: 047712963
Chave de segurança: XCMAQ9Y80KJ8XNA5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

Número da Nota

00000000008

Data e Hora de Emissão

31/08/2020 13:28

Número NFSe substituída:

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--|--|------------------------|
| Competência: 08/2020 | Número do RPS: 10 | Município de Prestação do Serviço: Ribeirao Preto/SP | Código de Verificação 9C 81 3D | Página 1 / 2 |
|--------------------------------|-----------------------------|--|--|------------------------|

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **Correa, Ribeiro & Braga Sociedade de Advogados**
 CPF/CNPJ: **11.639.106/0001-56** Inscrição Municipal: **14117701**
 Endereço: **Rua Alice Alem Saadi, 855 - Nova Ribeirania - CEP: 14096-570**
 Complemento: **CONJ 1901** Telefone: **13235-8185**
 Município: **3543402 - Ribeirao Preto/SP** UF: **SP** e-mail: **contato@crbadv.com.br**



TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**
 CPF/CNPJ: **09.268.215/0001-62** Inscrição Estadual: Incrição Municipal:
 Endereço: **RUA EMYGDIA CAMPOLIM, 131, 0 - PRQ. CAMPOLIM - CEP: 18047-626**
 Complemento: Telefone: **(15)3035-2779**
 Município: **3552205 - Sorocaba/SP** UF: **SP** e-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS ADVOCATICIOS

Advocacia consultiva e contenciosa, com atuacao exclusiva nas areas de direito civil, penal e administrativo, referente ao Convenio n 07/2020 entre INCS e P.M. de Sao Jose dos Campos .

Forma de Pagamento: Deposito Bancario.

Banco do Brasil Ag: 4015-0 Conta Corrente: 17.301-0

Aliquota ISS 4,33 %

Vencimento: 15/09/2020

Código do Serviço: **17.14 - Advocacia.**

TRIBUTOS FEDERAIS

| | | | | |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| PIS (R\$) 0,00 | COFINS (R\$) 0,00 | IR (R\$) 0,00 | INSS (R\$) 0,00 | CSLL (R\$) 0,00 |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------------|--------------------|

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Informações | | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|--|-----------------|--------------------------------|-----|--------------------------------------|---------------|
| Valor dos Serviços | 2.500,00 | Natureza da Operação | | Valor dos Serviços | 2.500,00 |
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | 1 - Tributação no município | | (-) Deduções permitidas em Lei | 0,00 |
| (-) Desconto Condicionado | 0,00 | Regime Especial de Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | 0,00 |
| (-) Retenções Federais | 0,00 | 3 - Sociedade de profissionais | | (=) Base de Cálculo | 2.500,00 |
| (-) Outras Retenções | 0,00 | | | (x) Alíquota (%) | 4,33 |
| (-) ISS Retido | 0,00 | | | ISS a reter: | 2 - Não |
| (=) Valor Líquido | 2.500,00 | Opção Simples Nacional | Sim | (=) Valor ISS | 108,25 |
| | | Incentivador Cultural | Não | | |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.500,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

Número da Nota

0000000008

Data e Hora de Emissão

31/08/2020 13:28

Número NFSe substituída

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

| | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|--|------------------------|
| Competência: 08/2020 | Número do RPS: 10 | Município de Prestação do Serviço: Ribeirao Preto/SP | Código de Verificação 9C 81 3D | Página 2 / 2 |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|--|------------------------|

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Recebi(emos) de **Correa, Ribeiro & Braga Sociedade de Advogados**
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletronica de Serviço (NFSe) ao lado.
Emissão:31/08/20-Tomador:INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE-Total:2.500,00

Número da Nota

0000000008

DATA _____ / _____ / _____ Identificação e Assinatura do Recebedor _____

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 4015 / 00000017301-0 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CORREA RIBEIRO E BRAGA SOCIEDADES ADV |
| CPF/CNPJ: | 11.639.106/0001-56 |
| Valor: | R\$ 2.500,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 8 CORREA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 03/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 03/09/2020 15:43:44 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00123452 |
| Chave de segurança: | NTJKPNF7U850E61S |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2020

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 0295 / 013 / 00007671-3 |

| | | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | TAYNA CAMPOS CAMARGO SILVA | PAGAMENTO DE SALÁRIO |
| Quantidade de vezes: | | |
| Valor: | R\$ 4.368,06 | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 03/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 03/09/2020 11:31:03 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 031131 |
| Chave de segurança: | 9Y463JHAARG8MXUY |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



**PREFEITURA DE CABREUVA
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Código de Verificação
122338EKP5**

**Nº Nota (Nova Versão)
900137**

**Data de Emissão
08/SET/2020
08:54:49**

**Competência
09/2020**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA**
 CNPJ/CPF: **17.031.112/0001-02** Inscrição Municipal: **70647** Inscrição Estadual:
 Endereço: **RUA FRANCISCO NUNES , 448** CEP: **13.315-000**
 Complemento: Bairro: **DO JACARE**
 Município: **CABREUVA** UF: **SP** País: **BRASIL**
 E-mail: **AMANDACORPECLIN@HOTMAIL.COM** Telefone: **(11) 2236-5024**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**
 CNPJ/CPF: **09.268.215/0001-62** Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
 Endereço: **RUA EMYGDIA CAMPOLIM, 131** CEP: **18.047-626**
 Complemento: **Não Informado** Bairro: **PARQUE CAMPOLIM**
 Município: **SOROCABA** UF: **SP** País: **BRASIL**
 E-mail: **CAMILA@DELTAASSESSORIA.COM.BR** Telefone: **1122365024**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de serviços médicos na UBS Santana,
Referente a Agosto/2020, relativas ao Convênio entre a PMSJC e INCS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 71.906,00

Local da Prestação de Serviço: **SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP**

Código do Serviço:

Ativ. Serviço: 4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASA DE SAÚDE

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| Valor do INSS Retido (R\$) 0,00 | Valor do IRRF Retido (R\$) 1.078,59 | Valor do CSLL Retido (R\$) 719,06 | Valor do PIS Retido (R\$) 467,73 | Valor do COFINS Retido (R\$) 2.157,18 | |
| Vlr Deduções (R\$) | Vlr. Desc. Incondicional 0,00 | Base de Cálculo do ISS (R\$) 71.906,00 | Alíquota 2,00 | Valor do ISS (R\$) 1.438,12 | Valor Líquido da Nota (R\$) 67.483,44 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

A autenticação desta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura Municipal de Cabreúva na Internet, no Endereço:
<https://www.cabreuva.sp.gov.br/> clique no link **NF-e**
RECEBEMOS DO(A) CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação:

122338EKP5

Número da Nota:

900137

Local

Data

Assinatura

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3191 / 00000011965-2 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA |
| CPF/CNPJ: | 17.031.112/0001-02 |
| Valor: | R\$ 67.483,44 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 137 CDC |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 08/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 08/09/2020 11:36:22 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00156266 |
| Chave de segurança: | 083ZACFS66PL8F1L |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2020



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
189



| | | | | | |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-----------|
| Data e Hora da Emissão | 08/09/2020 21:28:03 | Competência | 8/9/2020 | Código de Verificação | VX1DXKFWD |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | ITU - SP |

Dados do Prestador de Serviços

| | | | | | |
|-------------------|--|---------------------|----------|-----------|-----------------------------|
| Razão Social/Nome | INTEGRA LOGISTICA EM GESTAO DE SAUDE EIRELI - ME | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | |
| CNPJ/CPF | 00.345.654/0001-57 | Inscrição Municipal | 29123 | Município | ITU - SP |
| Endereço e Cep | AV. JOSE AUGUSTO PICKARDT ,55 - ITU NOVO CENTRO CEP: 13303-527 | | | | |
| Complemento: | SALA 08 | Telefone: | 25120187 | e-mail: | integra@one-consultoria.com |

Dados do Tomador de Serviços

| | | | | | |
|-------------------|--|---------------------|--|-----------|-------------------------|
| Razão Social/Nome | INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | | | | |
| CNPJ/CPF | 09.268.215/0001-62 | Inscrição Municipal | | Município | SOROCABA - SP |
| Endereço e CEP | RUA EMYGDIA CAMPOLIM ,131 - PARQUE CAMPOLIM CEP: 18047-626 | | | | |
| Complemento: | | Telefone: | | e-mail: | amanda.dias@incs.org.br |

Discriminação dos Serviços

SERVIÇOS PRESTADOS DE GESTÃO E LOGÍSTICA EM FARMÁCIA E ALMOXARIFADO, PARA A UBS SANTANA , RELATIVO AO CONVÊNIO NUMERO 07/2020 , FIRMADO ENTRE O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO/2020.

Código do Serviço / Atividade

17.01 / 866070001 - ATIVIDADES DE APOIO À GESTÃO DE SAÚDE

Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra | | Código ART | |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

| | | | | | | | | | |
|-----|--|--------|--|---------|--|-----------|--|-----------|--|
| PIS | | COFINS | | IR(R\$) | | INSS(R\$) | | CSSL(R\$) | |
|-----|--|--------|--|---------|--|-----------|--|-----------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|--|-----------|----------------------------|--|--------------------------------------|-----------------|
| Valor dos Serviços R\$ | 31.700,00 | Natureza Operação | | Valor dos Serviços R\$ | 31.700,00 |
| Desconto Incondicionado | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções permitidas em lei | |
| Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | |
| Retenções Federais | 0,00 | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | 31.700,00 |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | 2,00 |
| ISS Retido | 0,00 | 1 - Sim | | ISS a reter: | () Sim (X) Não |
| Valor Líquido R\$ | 31.700,00 | Incentivador Cultura | | (=) Valor do ISS: R\$ | 0,00 |
| | | 2-Não | | | |

Avisos

- 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
- 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, itu.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 4522 / 00000024008-6 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INTEGRA LOGISTICA EM GESTAO DE SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 00.345.654/0001-57 |
| Valor: | R\$ 31.700,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 189 INTEGRA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 09/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 09/09/2020 15:17:34 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00144210 |
| Chave de segurança: | TZNCAC2XULJYZ2QT |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2020

Só Banco NF



INTECC - INTELIGÊNCIA EM TECNOLOGIA DA COMPUTAÇÃO

FONE: (19)97419-6486

email: contato@intecc.com.br

RUA DR. ULHOA CINTRA, 490, CENTRO - 13800-061 MOGI MIRIM - SP

FATURA DE LOCAÇÃO

1ª VIA DESTINATÁRIO

Nº 000098

RUA DR. ULHOA CINTRA, 490, CENTRO

MOGI MIRIM SP

Inscrição CNPJ 27.340.880/0001-00

Inscrição Estadual 456.195.956.119

Insc. Municipal: 32495

Natureza da Operação:

LOCAÇÃO

Via de transporte:

Data de Emissão:

1/9/2020

USUARIO FINAL OU DESTINATARIO

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|------------|
| Nome Empresa: | INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | | |
| Endereço: | RUA EMYGDIA CAMPOLIM, 131 | | |
| Município: | SOROCABA | Estado | SP |
| | | CEP | 18.047-626 |
| Insc. CNPJ (MF) | 09.268.215/0001-62 | Inscr. Estadual | ISENTO |
| | | Inscri. Muni. | |

| Unid. | Quant. | DESCRIÇÃO | PREÇOS | |
|-------|--------|---|---------------|---------------|
| | | | Unitário | Total |
| | 1 | ITEM | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 |
| | | Locação de equipamentos de informática referente ao mês de agosto de 2020 naUBS SANTANA, referente ao Convênio nº 07/2020 firmado entre INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS-SP | | |

VALOR TOTAL R\$ 10.000,00

OBSERVAÇÃO:

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO : BANCO 104 NOME DO BANCO CEF AGÊNCIA 0356 OP 003 C/C 3121-7

- ACEITE DO CLIENTE

Nº 000098

Data

Carimbo/ Assinatura

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio nº 07/2020

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 4522 / 00000042060-5 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INTECC INTELIGENCIA EM TECNOLOGIA |
| CPF/CNPJ: | 27.340.880/0001-00 |
| Valor: | R\$ 10.000,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | FAT 98 INTECC |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 09/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 09/09/2020 15:19:51 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00145512 |
| Chave de segurança: | Y3F224AS51Q39Z3E |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2021



MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM
SECRETARIA DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie
0000000226 - E

Autenticidade
FSUI-AULN

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão:01/09/2020 10:05:47
Competência (Serv.):09/2020



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: INTECC INTELIGÊNCIA EM TECNOLOGIA DA COMPUTAÇÃO LTDA
Nome Fantasia: INTECC INTELIGENCIA
CPF/CNPJ.....: 27.340.880/0001-00 IM: 32495 IE: Fone: .
Endereço.....: RUA ULHOA CINTRA DR,490 -cep:13800061
Município.....: Mogi Mirim UF: SP Email:camila@deltaassessoria.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: 09.268.215/0001-62 IM: IE: Fone: (15) 3357-6906/ (15)
Endereço.....: RUA EMYGDIA CAMPOLIM,131 -cep:18047626, PARQUE CAMPOLIM
Município.....: SOROCABA UF: SP
Email.....: delta@deltaassessoria.com.br

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços em tecnologia da informação prestados referente ao mês de agosto de 2020 na UBS SANTANA, referente ao Convênio no 07/2020 firmado entre INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS-SP

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 177.124.62.166
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: mogimirim.sigiss.com.br

Situação de Tributação
Tributada no Prestador
Tributada em Mogi Mirim.

Código do Serviço

107 - Suporte técnico em informática, inclusive instalação, configuração e manutenção de programas de computação e bancos de dados.

| I.N.S.S. (R\$) | I.RENDA (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | CSLL (R\$) | OUTRAS DEDUÇÕES (R\$) |
|----------------|---------------|-----------|--------------|------------|-----------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo

| VALOR TOTAL | DEDUÇÕES | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR DO ISS | VALOR LÍQUIDO |
|-------------|----------|-----------------|----------|--------------|---------------|
| 12.000,00 | 0,00 | 12.000,00 | 5,0000% | 600,00 | 12.000,00 |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 4522 / 00000042060-5 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INTECC INTELIGENCIA EM TECNOLOGIA |
| CPF/CNPJ: | 27.340.880/0001-00 |
| Valor: | R\$ 12.000,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 226 INTECC |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 09/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 09/09/2020 15:21:35 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00146455 |
| Chave de segurança: | NXXU28J5MJZR1K7W |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



NOTA DE NEGOCIAÇÃO DE CDB FLEX EMPRESARIAL

| | | | |
|--|-----------------------------|---|--|
| CNPJ Caixa: 00.360.305/0001-04 | | Endereço: SBS Quadra 04 Lote 03/04 Brasília DF CEP 70092-900 | |
| Cidade: SOROCABA | Data: 16/11/2020 | Agência: CAMPOLIM, SP | |
| Conta: 2757 / 003 / 00002758 - 4 | Nº Nota: 20200910 000087 | CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62 | |
| Nome: INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE | | | |

Características da Operação

| | | | |
|----------------------|------------|------------------|-----------|
| Produto: | Data da | Data Vencimento: | Valor: |
| CDB FLEX EMPRESARIAL | 10/09/2020 | 30/11/2020 | 11.342,72 |

| | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------|-------------|-------|------------|
| Modalidade do Rendimento: | Indicador Financeiro: | Taxa período: | Prazo dias: | Resg. | Taxa % aa: |
| FLUTUANTE | CDI | 90,0000% | 81 | Sim | |

| | | | |
|-------------------|------------|-----------------|----------------|
| Rendimento Bruto: | Valor IOF: | Valor IRRF: | Valor Líquido: |
| | | CONFORME TABELA | |

Tabela de alíquotas - IRRF

| | | | | |
|------------|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Prazo: | Até 180 dias: | De 180 a 360 dias: | De 361 a 720 dias: | Acima de 720 dias: |
| Alíquotas: | 22,5% | 20,0% | 17,5% | 15,0% |

Condições de Negociação

- Importante: Deverão estar formalizados neste documento compromissos de resgate ou compra acaso existentes.
 - A aplicação estornada/cancelada terá o valor aplicado creditado na conta corrente do investidor sem a remuneração contratada.
 - Somente é permitida a transferência de titularidade de CDB.
 - É permitido a transferência de agência de vinculação das aplicações em CDB/RDB para conta corrente de mesma titularidade.
 - Sobre o rendimento incide IOF regressivo, sendo zero para o resgate a partir do 30º dia, conforme legislação vigente.
 - Sobre o rendimento bruto deduzido o IOF, incide IRRF no vencimento, conforme legislação vigente.
 - A remuneração é calculada conforme as informações dos campos "Indicador Financeiro" e Taxa Período, descritas nesta nota.
- O resgate se dá ao término do prazo contratado, permitindo-se o resgate antecipado, total ou parcial, após decorridos 2 dias úteis da aplicação, caso contratado com esta opção.
- O valor aplicado, acrescido do rendimento líquido é creditado na conta corrente, no vencimento ou quando for solicitado o resgate antecipado.
- O cliente declara estar ciente de que as condições de negociação existentes nesta nota dependem da manutenção da custódia dos ativos na CAIXA e que a transferência da custódia dos ativos contratados para outra instituição acarreta a perda dos benefícios eventualmente concedidos pela CAIXA.

Observação

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)

caixa.gov.br



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

DADOS DA NFS-e

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Data e Hora de Emissão da NFS-e | Competência da NFS-e | Número / Série | Código de Verificação |
| 10/09/2020 11:19:56 | 09/2020 | 37 / E | IbjtZ3wMj |

EMITENTE DA NFS-e

| | |
|---|---|
| CPF/CNPJ: 29.165.605/0001-14 | Inscrição Municipal: 339164 |
| Nome/Razão Social: TAMAROZZI SERVICOS MEDICOS LTDA - ME | E-mail: RAFAEL@APLIQUECONTABILIDA DE.COM.BR |
| Endereço: RUA PEDRO TURSI 38 Apto 31B JARDIM SATELITE | |
| Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 12230-075 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|--|
| CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62 | Inscrição Municipal: 917361 |
| Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | E-mail: |
| Endereço: RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 PARQUE PARQUE CAMPOLIM | |
| Município: SOROCABA / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 18047-626 (15) 33576-906 |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços Médicos prestados referente ao Convênio Nº 007/2020 entre a Prefeitura de São José dos Campos e o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde ,relativos ao Mês de AGOSTO/2020

Dados Bancários:
Banco Itau
Agencia 4824
c/c 14520-7

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE:
863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Serviço:
0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| | | |
|--|--|--|
| Município da Incidência do ISSQN SAO JOSE DOS CAMPOS | Município / País da Prestação do Serviço SAO JOSE DOS CAMPOS | Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR |
| Exigibilidade do ISSQN Exigível | Situação do prestador perante o Simples Nacional NÃO OPTANTE | Regime especial de tributação do ISSQN - |

CALCULO DO ISSQN

| | | | | | |
|---------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|-------------|--------------|
| Valor Serviço (R\$) | Deduções (R\$) | Desc. Incondicionado (R\$) | Base Cálculo ISSQN (R\$) | Alíquota | Valor ISSQN |
| 1.380,00 | 0,00 | 0,00 | 1.380,00 | 2,00 | 27,60 |

RETENÇÕES

| | | | | | | |
|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------------------|
| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
| 0,00 | 20,70 | 8,97 | 41,40 | 0,00 | 13,80 | 0,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA

| | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| Base Cálculo ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Descontos (R\$) | Valor Líquido (R\$) |
| 1.380,00 | 84,87 | 0,00 | 1.295,13 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Data de pagamento da NF: | Código da Obra: |
| Número da nota fiscal substituída: | Regra especial: |

2ª Via - Comprovante de remessa de Doc eletrônico

Via Internet Banking CAIXA

Emitente: INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE

Conta origem: 2757 / 003 / 00002758-4

Conta destino: 4824/14520-7

Tipo: DOC E

Banco: 341-ITAU UNIBANCO S.A.

Finalidade: 01-Crédito em Conta Corrente

Nome destinatário: TAMAROZZI SERVICOS MEDICOS LTDA

CPF/CNPJ destinatário: 29.165.605/0001-14

Valor a ser transferido: R\$ 1.295,13

Tarifa de emissão de DOC: R\$ 10,00

Valor total a ser debitado: R\$ 1.305,13

Identificação da operação: NF 37 TAMAROZZI

Data de débito: 11/09/2020

Data/hora da operação: 11/09/2020

Código da operação: 00045582

Chave de segurança: JNSYACC8XW4H04CE

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio nº 0020



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

DADOS DA NFS-e

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Data e Hora de Emissão da NFS-e | Competência da NFS-e | Número / Série | Código de Verificação |
| 11/09/2020 11:59:02 | 09/2020 | 46 / E | LTIdvJHF9 |

EMITENTE DA NFS-e

| | |
|--|---|
| CPF/CNPJ: 31.805.480/0001-91 | Inscrição Municipal: 345937 |
| Nome/Razão Social: CAMILA M. M. S. PEREIRA SERVICOS MEDICOS - ME | E-mail: fiscal@taxsolution.com.br |
| Endereço: RUA BRENO DE MOURA 397 JARDIM ESTORIL | |
| Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 12232-040 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|--|
| CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62 | Inscrição Municipal: |
| Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | E-mail: |
| Endereço: RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 PARQUE PARQUE CAMPOLIM | |
| Município: SOROCABA / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 18047-626 (15) 33576-906 |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços Médicos prestados referente ao Convênio Nº 007/2020 entre a Prefeitura de São José dos Campos e o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde , relativos ao Mês de AGOSTO/2020.

Banco Santander
Ag. 3733
C/C. 000130049124

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE:
863059900 - ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Serviço:
0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| | | |
|--|--|---|
| Município da Incidência do ISSQN SAO JOSE DOS CAMPOS | Município / País da Prestação do Serviço SAO JOSE DOS CAMPOS | Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR |
| Exigibilidade do ISSQN Exigível | Situação do prestador perante o Simples Nacional OPTANTE | Regime especial de tributação do ISSQN Simples Nacional |

CALCULO DO ISSQN

| | | | | | |
|---------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|-------------|--------------|
| Valor Serviço (R\$) | Deduções (R\$) | Desc. Incondicionado (R\$) | Base Cálculo ISSQN (R\$) | Alíquota | Valor ISSQN |
| 2.346,00 | 0,00 | 0,00 | 2.346,00 | 2,00 | 46,92 |

RETENÇÕES

| | | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|------------------------|
| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA

| | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| Base Cálculo ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Descontos (R\$) | Valor Líquido (R\$) |
| 2.346,00 | 0,00 | 0,00 | 2.346,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Data de pagamento da NF: | Código da Obra: |
| Número da nota fiscal substituída: | Regra especial: |

Estas despesas foram pagas com recursos do P. M. de São José dos Campos Convênio nº 007/2020

2ª Via - Comprovante de remessa de Doc eletrônico

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Emitente: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 3733/13004912-4 |
| Tipo: | DOC E |

| | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Banco: | 033-BANCO SANTANDER S.A. |
| Finalidade: | 01-Crédito em Conta Corrente |
| Nome destinatário: | CAMILA M M S PEREIRA SERVICOS ME |
| CPF/CNPJ destinatário: | 31.805.480/0001-91 |
| Valor a ser transferido: | R\$ 2.346,00 |
| Tarifa de emissão de DOC: | R\$ 10,00 |
| Valor total a ser debitado: | R\$ 2.356,00 |
| Identificação da operação: | NF 46 CAMILA M M S |

| | |
|-------------------------------|------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 11/09/2020 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00046197 |
| Chave de segurança: | LGTK97YKT5HZXVJ3 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio nº 0020

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0164 / 00013002433-3 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DRA PRISCILLA ANDRADE SERVICOS MEDICOS |
| CPF/CNPJ: | 19.942.579/0001-30 |
| Valor: | R\$ 4.692,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 62 DRA PRISCILLA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 11/09/2020 14:07:21 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00101405 |
| Chave de segurança: | C1J95ZRYRSH91VZN |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2020



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

DADOS DA NFS-e

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Data e Hora de Emissão da NFS-e | Competência da NFS-e | Número / Série | Código de Verificação |
| 11/09/2020 10:28:20 | 09/2020 | 9 / E | x6gUvJ6gD |

EMITENTE DA NFS-e

| | |
|---|---|
| CPF/CNPJ: 35.238.487/0001-20 | Inscrição Municipal: 406480 |
| Nome/Razão Social: ANDRESSA PANSARDIS FRANCA - MEDICINA | E-mail: tatiana@ortecnet.com.br |
| Endereço: RUA MAMEDE FIRMINO DE MORAIS 157 CASA 01 JARDIM OLIMPIA | |
| Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 12221-290 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|--|
| CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62 | Inscrição Municipal: 917361 |
| Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | E-mail: |
| Endereço: RUA DELTA@DELTAASSESSORIA.COM.BR 131 PARQUE CAMPOLIM | |
| Município: SOROCABA / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 18047-626 (15) 33576-906 |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE AO CONVÊNIO Nº 007/2020 ENTRE A PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE RELATIVOS AO MÊS DE AGOSTO/2020.

BANCO: SICOOB
AGENCIA: 5052
CONTA: 17048-8
ANDRESSA PANSARDIS FRANCA - MEDICINA.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE:
863059900 - ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Serviço:
0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| | | |
|--|--|---|
| Município da Incidência do ISSQN SAO JOSE DOS CAMPOS | Município / País da Prestação do Serviço SAO JOSE DOS CAMPOS | Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR |
| Exigibilidade do ISSQN Exigível | Situação do prestador perante o Simples Nacional OPTANTE | Regime especial de tributação do ISSQN Simples Nacional |

CALCULO DO ISSQN

| | | | | | |
|---------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|-------------|---------------|
| Valor Serviço (R\$) | Deduções (R\$) | Desc. Incondicionado (R\$) | Base Cálculo ISSQN (R\$) | Alíquota | Valor ISSQN |
| 23.736,00 | 0,00 | 0,00 | 23.736,00 | 2,00 | 474,72 |

RETENÇÕES

| | | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|------------------------|
| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA

| | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| Base Cálculo ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Descontos (R\$) | Valor Líquido (R\$) |
| 23.736,00 | 0,00 | 0,00 | 23.736,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Data de pagamento da NF: | Código da Obra: |
| Número da nota fiscal substituída: | Regra especial: |

Estas despesas foram pagas com recursos do P. M. de São José dos Campos Convênio nº 007/2020

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 5052 / 00000017048-8 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | ANDRESSA PANSARDIS FRANCA |
| CPF/CNPJ: | 35.238.487/0001-20 |
| Valor: | R\$ 23.736,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 9 ANDRESSA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 11/09/2020 14:09:30 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00102582 |
| Chave de segurança: | VGMWXPNA28W7MUXC |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2020



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

DADOS DA NFS-e

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Data e Hora de Emissão da NFS-e | Competência da NFS-e | Número / Série | Código de Verificação |
| 11/09/2020 10:06:42 | 09/2020 | 6 / E | Y5qmulbgN |

EMITENTE DA NFS-e

| | |
|--|---|
| CPF/CNPJ: 37.333.298/0001-61 | Inscrição Municipal: 406013 |
| Nome/Razão Social: MFSO SERVICOS MEDICOS LTDA | E-mail: adriana.mwcontabilidade@gmail.com |
| Endereço: PRACA DAS GAIVOTAS 20 81 VILA TATETUBA | |
| Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 12220-220 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|--|
| CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62 | Inscrição Municipal: 917361 |
| Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | E-mail: |
| Endereço: RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 PARQUE PARQUE CAMPOLIM | |
| Município: SOROCABA / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 18047-626 (15) 33576-906 |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços Médicos prestados referente ao Contrato de Gestão Nº 007/2020 entre a Prefeitura de São José dos Campos e o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde, relativos ao Mês de Agosto/2020

Dados bancários:

BANCO SICOOB
AG: 5052
C/C 17106-9

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE:
863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Serviço:
0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| | | |
|--|--|--|
| Município da Incidência do ISSQN SAO JOSE DOS CAMPOS | Município / País da Prestação do Serviço SAO JOSE DOS CAMPOS | Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR |
| Exigibilidade do ISSQN Exigível | Situação do prestador perante o Simples Nacional NÃO OPTANTE | Regime especial de tributação do ISSQN - |

CÁLCULO DO ISSQN

| | | | | | |
|---------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|----------|-------------|
| Valor Serviço (R\$) | Deduções (R\$) | Desc. Incondicionado (R\$) | Base Cálculo ISSQN (R\$) | Alíquota | Valor ISSQN |
| 12.420,00 | 0,00 | 0,00 | 12.420,00 | 2,00 | 248,40 |

RETENÇÕES

| | | | | | | |
|-------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------------|
| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
| 0,00 | 186,30 | 80,73 | 372,60 | 0,00 | 124,20 | 0,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA

| | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| Base Cálculo ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Descontos (R\$) | Valor Líquido (R\$) |
| 12.420,00 | 763,83 | 0,00 | 11.656,17 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Data de pagamento da NF: | Código da Obra: |
| Número da nota fiscal substituída: | Regra especial: |

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 5052 / 00000017106-9 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MFSO SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 37.333.298/0001-61 |
| Valor: | R\$ 11.656,17 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 6 MFSO |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 11/09/2020 14:11:13 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00103491 |
| Chave de segurança: | YC9Z99UUHCXV8U2M |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2020



Prefeitura do Município de Taquaritinga
Secretaria de Fiscalização

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e - P

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e - Prefeitura de Taquaritinga

Número da Nota
97/NFSE

Data e Hora de Emissão
10/09/2020 13:01:41

Código de Verificação
9DE6B68EBF1B681B54BD

Página 1 / 1

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 30.263.775/0001-10 IE: IM: 15543
Razão Social: VITORIA CRISTINA BORTOLANI EIRELI
Endereço : RUA ANSELMO MAGNANI - Num: 182
Bairro : PQ. RES. LARANJEIRAS - CEP: 15.900-000
Município : TAQUARITINGA - SP Telefone: (16)3252-5060

Dados da Nota

TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:
Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE
Endereço : RUA EMYGDIA CAMPOLIM - Num: 131
Bairro : PARQUE CAMPOLIM - CEP: 18.047-626
Município : SOROCABA - SP
E-mail : delta@deltaassessoria.com.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA EMYGDIA CAMPOLIM - Num: 131. Bairro: PARQUE CAMPOLIM - CEP: 18.047-626
Município : SOROCABA - SP

Discriminação do Serviço

Serviços Médicos prestados referente ao Convênio N° 007/2020 entre a Prefeitura de São José dos Campos e o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde ,relativos ao Mês de AGOSTO/2020.

DADOS BANCÁRIOS:

VITORIA C B EIRELI
AG: 0257-7
C/C: 28.721-0
CNPJ: 30.263.775/0001-10

Dedução / Outras Informações

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.484,00

Código do Serviço: 04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASA DE SAUDE, PRONTOS SOCORROS, AMBULATO

| Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | ISS Retido na Fonte (R\$) |
|----------------|-----------------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| 0,00 | 2.484,00 | 2,01 | 49,93 | 0,00 |

Total Tributos: 49,93. Percentual: 2,01%

Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 2.484,00 Forma Pcto: A VISTA
Valor por extenso: Dois Mil Quatrocentos e Oitenta e Quatro Reais

Outras Informações

- Valor aproximado de Tributos:0,00 (0,00%)

Recebi(emos) de VITORIA CRISTINA BORTOLANI EIRELI
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

Dados que identificam a nota

Número da Nota
97/NFSE

Emissão
10/09/2020 13:01:41

Código de verificação
9DE6B68EBF1B681B54BD



/ /
Data

Identificação do Recebedor

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0257 / 00000028721-0 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | VITORIA CRISTINA BORTOLANI EIRELI |
| CPF/CNPJ: | 30.263.775/0001-10 |
| Valor: | R\$ 2.484,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 97 VITORIA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 11/09/2020 14:16:50 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00106505 |
| Chave de segurança: | NF7PTS5CM46CKLJE |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2020



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
- NOTA CARIOCA -

20200910u31178978000171131178978000171

| |
|--|
| Número da Nota 00000090 |
| Data e Hora de Emissão 10/09/2020 15:37:27 |
| Código de Verificação XJBQ-6DU5 |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **31.178.978/0001-71** Inscrição Municipal: **1.126.314-3** Inscrição Estadual: ---
 Nome/Razão Social: **JESSICA & VITALINA SERVICOS MEDICOS**
 Nome Fantasia: **MEDVITA** Tel.: **(21) 2443-8658**
 Endereço: **ETR DOS TRES RIOS 200, BLC 2 SAL 211 - FREGUESIA(JACAREPAGUA) - CEP: 22755-002**
 Município: **RIO DE JANEIRO** UF: **RJ** E-mail: **contabil@nacon.srv.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **09.268.215/0001-62** Inscrição Municipal: ---- Inscrição Estadual: ----
 Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**
 Endereço: **RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 - PARQUE CAMPOLIM - CEP: 18047-626** Tel.: ----
 Município: **SOROCABA** UF: **SP** E-mail: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços Médicos prestados referente ao Convênio Nº 007/2020 entre a Prefeitura de São José dos Campos e o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde, relativos ao Mês de Agosto/2020.

Dra Jessica Reis de Paula

DADOS BANCÁRIOS:

Bradesco
 Ag: 6643
 CC: 7719-4

VALOR DA NOTA = R\$ 4.830,00

Serviço Prestado

04.01.01 - medicina

| Deduções (R\$) | Desconto Incond. (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito p/ IPTU (R\$) |
|----------------|------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| 0,00 | 0,00 | ---- | ---- | ---- | 0,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151: www.procon.rj.gov.br
- ISS devido deve ser recolhido por meio de Documento de Arrecadação do Simples Nacional (DAS).
- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.
- Esta NFS-e não gera crédito para abatimento no IPTU.

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 6643 / 00000007719-4 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | JESSICA E VITALINA SERVICOS MEDICOS |
| CPF/CNPJ: | 31.178.978/0001-71 |
| Valor: | R\$ 4.830,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 90 JESSICA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 11/09/2020 14:18:47 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00107615 |
| Chave de segurança: | TP652847MSFWRETF |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2020



NAKAGAWA & BENEDETTO SERVICOS MEDICOS LTDA
 Avenida Cassiano Ricardo, 319 SALA 801
 Parque Residencial Aquarius - São José dos Campos - SP - 12246870
 TELEFONE: 12981230452
 EMAIL: basico8@integravale.com.br
 CNPJ: 30.346.859/0001-18
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 342097

NÚMERO DA NOTA
206
 COMPETÊNCIA
09/2020
 CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
R3nk2aCt4
 DATA DE EMISSÃO
11/09/2020 10:30:01

DADOS DO TOMADOR

| | | | | |
|---|----------|--------------------------------------|---|---------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | | | | |
| ENDEREÇO Rua Emygdia Campolim, 131 | | BAIRRO / DISTRITO Parque Campolim | | CEP 18047626 |
| MUNICÍPIO Sorocaba | UF SP | PAÍS Brasil | CPF / CNPJ / OUTROS 09.268.215/0001-62 | INSCRIÇÃO MUNICIPAL |

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

1 SERVICOS MEDICOS PRESTADOS. 3.588,00

obs: "Servicos Medicos prestados referente ao Convenio N 007/2020 entre a Prefeitura de Sao Jose dos Campos e o INCS - Instituto Nacional de Ciencias da Saude ,relativos ao Mes de AGOSTO/2020."

Dados para pagamento:

Banco: Santander

Agencia: 4334

Conta Corrente: 13003401-8

CÓDIGO DO SERVIÇO
 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

| | |
|--|---|
| MUNICÍPIO ONDE O SERVIÇO FOI PRESTADO 3549904 / São José dos Campos | NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributação no municipio |
|--|---|

REGIME ESPECIAL DE TRIBUTAÇÃO: ME EPP - Simples Nacional

| | | | |
|----------------------------|--------------------|----------------------|-------------|
| VALOR DOS SERVIÇOS: | R\$ 3588,00 | | |
| (-) DESCONTOS: | R\$ 0,00 | (-) DEDUÇÕES: | R\$ 0,00 |
| (-) RETENÇÕES FEDERAIS: | R\$ 0,00 | (=) BASE DE CÁLCULO: | R\$ 3588,00 |
| (-) ISS RETIDO NA FONTE: | R\$ 0,00 | (x) ALÍQUOTA: | 3,20 % |
| VALOR LÍQUIDO: | R\$ 3588,00 | (=) VALOR DO ISS: | R\$ 0,00 |

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS: R\$ 0,00 COFINS: R\$ 0,00 IR: R\$ 0,00 CSLL: R\$ 0,00 INSS: R\$ 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples nacional;

Valor Aprox dos Tributos: R\$ 0,00 Federal, R\$ 0,00 Estadual e R\$ 0,00 Municipal Fonte: IBPT/FECOMERCIO SP 6A098E

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 4334 / 00013003401-8 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | NAKAGAWA E BENEDETTO SERVICOS MEDICOS |
| CPF/CNPJ: | 30.346.859/0001-18 |
| Valor: | R\$ 3.588,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 206 NAKAGAWA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 11/09/2020 13:52:10 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00193123 |
| Chave de segurança: | ZT8ASU8RPJ87TYZO |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2020

INFANT CLINICA MEDICA EIRELI

RUA PERNAMBUCO, Nro 2371 - BAIRRO MARAO
CEP : 15501-095 - VOTUPORANGA - SP
e-mail : contato@ssinvest.com.br

Ins.Municipal: 12345500 CNPJ: 22.125.747/0001-09 I.E:

NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

| | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Data e horário da impressão 10/09/2020 - 11:15:40 | Data do Serviço 10/09/2020 | Situação da nota Emitida | Número de controle 2020/269127 | Nota Eletrônica nº99 - série B |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| Tomador de Serviço | Nome/ Razão Social: INCS - INST. NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE |  |
| | Endereço: RUA EMYGDIA CAMPOLIM, Nro 131 - PARQUE CAMPOLIM | |
| | CEP/Cidade/UF: 18047-626 - SOROCABA - SP | |
| | Email: DELTA@DELTAASSESSORIA.COM.BR | |
| | CNPJ: 09.268.215/0001-62 | |
| Inscrição Estadual: | | |
| Local da prestação do serviço: VOTUPORANGA-SP | | |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| cod.serviço | quantidade | descrição do serviço | vlr.unitário | vlr.total | dedução | alíquota |
|-------------|------------|--|--------------|-----------|---------|----------|
| 04.01 | 1 | SERVICOS MEDICOS PRESTADOS REFERENTE AO CONVENIO 07/2020 ENTRE A PREFEITURA DE SAO JOSE DOS CAMPOS E O INCS - INST. NAC. DE CIENCIAS DA SAUDE, UNIDADE DE SANTANA, RELATIVO AO MES DE AGOSTO DE 2020 | 16.560,00 | 16.560,00 | 0,00 | 2% |



Prefeitura do Município de Votuporanga

Estado de SAO PAULO

Secretaria da Fazenda

Depart. da Receita Tributária

RUA PARA, Nº 3227 - PATRIMONIO VELHO

C.E.P 15502-236, VOTUPORANGA(SP)

CNPJ 46.599.809/0001-82 - www.votuporanga.sp.gov.br

Fundamentos legais: Lei Federal 116/2003, Lei Municipal 87/2005, Lei Complementar Municipal 110/2003 alterada pelas leis 136/2006 e 169/2008, Decreto Municipal 10400/2018.

NOTA FISCAL emitida através do site www.votuporanga.sp.gov.br, com escrituração digital no banco de dados do município.

Qualquer rasura ou adendo que não faça parte da sua impressão original tornará esta nota fiscal inválida.

Não tem valor como recibo.

Local da incidência do ISS: VOTUPORANGA-SP Responsável Recolhimento: Prestador

| | |
|-------------------------|--------------------|
| SIMPLES NACIONAL: | NÃO OPTANTE |
| Valor Bruto da Nota: | 16.560,00 |
| Base de Cálculo do ISS: | 16.560,00 |
| Valor do ISS: | 331,20 |
| ISS retido na fonte: | ***** |
| PIS: | 107,64 |
| IRRF: | 248,40 |
| CSLL: | 165,60 |
| COFINS: | 496,80 |
| Previdência Social: | ***** |
| Valor Líquido na Nota: | 15.541,56 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lista de Serviços de Lei Complementar Federal 116/2003.
04.01(78630503000) - MEDICINA E BIOMEDICINA.

DADOS PARA DEPOSITO BANCARIO
BANCO SANTANDER S/A
AGENCIA 0091
CONTA CORRENTE 13 04006-0

| | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---|
| Orçamento Nº 94 | Fatura Nº 9401 | Vencimento 11/09/2020 | AIDF Nº 2018/3363 | Limite das notas (AIDF) 1 a 9999999 |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---|

Para a certificação de autenticidade desta nota acesse www.votuporanga.sp.gov.br e informe o Código de Validação **W2G3A7.L3B5T9.T7X7O9** com as demais informações constante da nota.

Código de Verificação: **3C8284FD7**

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0091 / 00001304006-0 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INFANT CLINICA MEDICA |
| CPF/CNPJ: | 22.125.747/0001-09 |
| Valor: | R\$ 15.541,56 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 99 INFANT |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 11/09/2020 13:54:45 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00194639 |
| Chave de segurança: | E4Z5EVL8LMS9PJWS |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2021



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

DADOS DA NFS-e

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Data e Hora de Emissão da NFS-e | Competência da NFS-e | Número / Série | Código de Verificação |
| 10/09/2020 10:50:23 | 09/2020 | 27 / E | 3PHxV9HH |

EMITENTE DA NFS-e

| | |
|---|---|
| CPF/CNPJ: 29.136.664/0001-64 | Inscrição Municipal: 339130 |
| Nome/Razão Social: J. O. C. GONZALEZ SERVICOS MEDICOS- ME | E-mail: adriana.mwcontabilidade@gmail.com |
| Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO 77 AP 72 BL B JARDIM BELA VISTA | |
| Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 12209-170 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|--|
| CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62 | Inscrição Municipal: 917361 |
| Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | E-mail: |
| Endereço: RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 PARQUE PARQUE CAMPOLIM | |
| Município: SOROCABA / BRASIL | UF: CEP: Telefone: SP 18047-626 (15) 33576-906 |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços Médicos prestados referente ao Convênio N° 007/2020 entre a Prefeitura de São José dos Campos e o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde ,relativos ao Mês de Agosto/2020

Dados bancários:

BANCO SANTANDER
AG: 3310
C/C 13005097-0

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE:
863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Serviço:
0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

| | | |
|--|--|--|
| Município da Incidência do ISSQN SAO JOSE DOS CAMPOS | Município / País da Prestação do Serviço SAO JOSE DOS CAMPOS | Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR |
| Exigibilidade do ISSQN Exigível | Situação do prestador perante o Simples Nacional NÃO OPTANTE | Regime especial de tributação do ISSQN - |

CÁLCULO DO ISSQN

| | | | | | |
|---------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|-------------|---------------|
| Valor Serviço (R\$) | Deduções (R\$) | Desc. Incondicionado (R\$) | Base Cálculo ISSQN (R\$) | Alíquota | Valor ISSQN |
| 8.832,00 | 0,00 | 0,00 | 8.832,00 | 2,00 | 176,64 |

RETENÇÕES

| | | | | | | |
|-------------|---------------|--------------|---------------|-------------|--------------|------------------------|
| ISSQN (R\$) | IRRF (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
| 0,00 | 132,48 | 57,41 | 264,96 | 0,00 | 88,32 | 0,00 |

VALOR TOTAL DA NOTA

| | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| Base Cálculo ISSQN (R\$) | Retenções (R\$) | Descontos (R\$) | Valor Líquido (R\$) |
| 8.832,00 | 543,17 | 0,00 | 8.288,83 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Data de pagamento da NF: | Código da Obra: |
| Número da nota fiscal substituída: | Regra especial: |

Estas despesas foram pagas com recursos do P. M. de São José dos Campos Convênio 07/2020

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3310 / 00013005097-0 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | J O C GONZALEZ SERVICOS MEDICOS |
| CPF/CNPJ: | 29.136.664/0001-64 |
| Valor: | R\$ 8.288,83 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 27 J O C |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 11/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 11/09/2020 14:00:18 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00197609 |
| Chave de segurança: | QUZ9K28HM82S942G |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2020



Identificação do Emitente
 Lider Vale Prod Equip Limpeza Eireli
 Rua Pedro Rachid, 846 Condomínio
 São José dos Campos
 12211-180 SP
 123941-4433 lidervale@lidervale.com.br

DANFE
 Documento Auxiliar da
 Nota Fiscal Eletrônica
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

1

Nº 000008306
 FL 111

SÉRIE 1

CONTROLE DO FISCO



NATUREZA DA OPERAÇÃO
 Venda de merc. adq. ou receb. de terc.

MQA A Eco Clean é um sucesso de venda

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--|---|
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 645929040118 | INSC ESTADUAL DO SUBST TRIBUTÁRIO | CNPJ 02.947.234/0001-76 | CHAVE DE ACESSO DA NF-e PI CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFEFAZENDA.GOV.BR 35.20.08.02.94.723.400/0176-55-001.000.008-306-112.137.337-1 | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 135200725124990 |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--|---|

DESTINATÁRIO - REMETENTE

| | | | |
|--|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| NOME RAZÃO SOCIAL INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE | | CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62 | DATA DA EMISSÃO 21/08/2020 |
| ENDEREÇO Rua Emygdia Campolim, 131 | | BAIRRO/DISTRITO Parque Campolim | CEP 18047-626 |
| MUNICÍPIO Sorocaba | FONE/FAX 3035-2779 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO |
| | | | DATA DA SAÍDA/ENTRADA 21/08/2020 |
| | | | HORA DE SAÍDA/ENTRADA 11:19:00 |

FATURA

| | | |
|------------|--------|--------|
| 14/09/2020 | 8306-1 | 152.18 |
|------------|--------|--------|

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 152,18 |
| VALOR FRETE 0,00 | VALOR SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 152,18 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA CONTRATAÇÃO | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
| ETIQUETA | BAIRRO/DISTRITO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| QUANTIDADE 0,00 | ESPÉCIE VOLUME(S) | MARCA | QUANTIDADE 18,00 | PESO BRUTO 15,84 | PESO LÍQUIDO 15,84 |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VOL. | V. UNIT. | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | ALÍQUOTA | |
|------------|---|----------|-----|------|-------|--------|------|----------|----------|---------|---------|----------|------|
| | | | | | | | | | | | | ICMS | IPI |
| 3018029 | PAPEL T. INTERF. BRANCO 800GRS-BIO | 48182000 | 60 | 5405 | FD | 12,00 | 0 | 5,53 | 66,36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3021009 | SACO DE LIXO AZUL 100L 2.5 C/ 100UND-PRIME BAG | 39232910 | 60 | 5405 | FD | 2,00 | 0 | 18,27 | 36,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3021078 | SACO DE LIXO PRETO 100L 2.5 C/ 100UND-PRIME BAG | 39232910 | 60 | 5405 | FD | 2,00 | 0 | 15,40 | 30,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3021082 | SACO DE LIXO PRETO 60L 2.5 C/ 100UND-PRIME BAG | 39232910 | 60 | 5405 | FD | 2,00 | 0 | 9,24 | 18,48 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CÁLCULO DO ISSQN

| | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pedido Cliente:
 Pedido: T0000000020715
 IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUIÇÃO NOS TERMOS DO ART. 313-K E L DO
 RICMS - INFORMAÇÃO REFERENTE ARTIGO 274 PARAGRAFO TERCEIRO DO
 RICMS +/- / valor aprox dos tributos Federais R\$17,46 (11,47%) Estaduais R\$23,41 (15,38%) Municipais R\$0 (0%) fonte IBPT

LOCAL ENTREGA
 INTEGRAL

--- Cep:
 São José dos Campos

RESERVADO AO FISCO

**FAVOR CONFERIR A MERCADORIA
 NO ATO DA ENTREGA.
 NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES
 POSTERIORES.**

O não recebimento do boleto não isenta-o
 da responsabilidade do pagamento.
 Caso não receba o boleto, solicite através
 do telefone (12) 3941-4433 ou do
 e-mail financeiro@lidervale.com.br

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio nº 07/2020

Dados do Pagador

| | | | |
|---|--|------------------------------------|-------------------------|
| Nome do pagador INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE | | Número do Documento 8306 | |
| Endereço RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 | | | |
| Bairro / Distrito PARQUE CAMPOLIM | | | |
| Município SOROCABA | | UF SP | CEP 18047-626 |
| Mensagem Pagador | | | |

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.50324 01032.605402 00813.090016 5 83780000015218

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|---|---|
| Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB | | | | | Vencimento 14/09/2020 |
| Beneficiário LIDER VALE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS PARA LIMPEZA EI | | | | | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 5032/326054 |
| Data do documento 21/08/2020 | N. documento 8306 | Espécie DM | Aceite N | Data processamento 21/08/2020 | Nosso número 8130-9 |
| Uso do Banco | Carteira 1 | Espécie R\$ | Quantidade 0,00 | Valor | Valor documento 152,18 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 15/09/2020 Juros 0,33%/dia A partir 15/09/2020 multa de 5,00% Não conceder desconto. | | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 5032 SICOOB UNIMAIS MANTIQUEIRA | | | | | (-) Outras deduções |
| Pagador INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE | | | | | (+) Mora / Multa |
| RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 | | | | | (+) Outros acréscimos |
| PARQUE CAMPOLIM | | | | | (=) Valor cobrado |
| SOROCABA - SP | | | | | |
| Sacador / Avalista | | | | | |



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio n° 07/2020

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | |
|--|---|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 75691.50324 01032.605402 00813.090016 5 83780000015218 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. |
| Código do Banco: | 756 |
| Código do ISPB: | 02038232 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | LIDER VALE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS PARA LIMPEZA EI |
| Nome/Razão Social: | LIDER VALE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS PARA LIMPEZA EI |
| CPF/CNPJ: | 02.947.234/0001-76 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|--|---------------|
| Data do Vencimento: | 14/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 14/09/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 152,18 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 152,18 |
| Valor Pago (R\$): | 152,18 |
| Identificação do Pagamento: | NF 8306 LIDER |

Data/hora da operação: 14/09/2020 15:52:18

Código da operação: 058096329
Chave de segurança: Q9TQENSF0VYFR6XZ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO
COORDENADORIA DE RENDAS E FISCALIZAÇÃO
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal

84

Série: E

Data Emissão: 01/09/2020

Certificação: 38D72-78DA6

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: JANSER BONIFACIO DE MEDEIROS 28711597852

Nome Fantasia: BONI PRINT

CNPJ/CPF: 28.442.257/0001-12

Insc. Municipal: 104535

Endereço: RUA AGUIAR

Bairro: JARDIM ANGÉLICA

Município: CARAPICUÍBA

E-mail: boniorcamento@gmail.com

Insc. Estadual:

Nº: 31

Compl.:

UF: SP CEP: 06365-653

Telefone: 11981199418

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

CNPJ/CPF: 09.268.215/0001-62

Endereço: RUA EMYGDIA CAMPOLIM

Bairro: PARQUE CAMPOLIN

Município: SOROCABA

E-mail:

Insc. Municipal:

Insc. Estadual:

Nº: 131

Compl.:

UF: SP CEP: 12212-000

Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

DADOS BANCÁRIO PARA PAGAMENTO:

BANCO ORIGINAL(212)

AGÊNCIA: 0001

CONTA CORRENTE: 2291439-0

| Item | Tributável | Qtde. | Vi. Unitário R\$ | Total R\$ |
|------------------------------------|------------|-------|------------------|-----------|
| BLOCOS SBAR | Sim | 10,00 | 19,0000 | 190,00 |
| BLOCOS CONSULTA | Sim | 10,00 | 9,5000 | 95,00 |
| CRACHÁS DE IDENTIFICAÇÃO + JACARÉS | Sim | 4,00 | 16,6250 | 66,50 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Valor Tributável: R\$ 351,50 | Valor não Tributável: R\$ 0,00 | VALOR BRUTO DA NOTA | | | R\$ 351,50 |
| Valor Total das Deduções: R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado: R\$ 0,00 | Desconto Condicionado: R\$ 0,00 | Base de Cálculo: R\$ 351,50 | Alíquota: 0,0000% | Valor do ISS: R\$ 0,00 |
| PIS: 0,000% R\$ 0,00 | COFINS: 0,000% R\$ 0,00 | INSS: 0,000% R\$ 0,00 | IR: 0,000% R\$ 0,00 | CSLL: 0,000% R\$ 0,00 | Outras Retenções: R\$ 0,00 |
| Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00 | | | VALOR LÍQUIDO DA NOTA | | R\$ 351,50 |

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

14.06 - Instalação e montagem de aparelhos, máquinas e equipamentos, inclusive montagem industrial, prestados ao usuário final, exclusivamente com material por ele fornecido.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: 09/2020

Recolhimento: Sem Retenção

CNAE: 8299799

Observações: ENTREGA VIA SEDEX
PAGAMENTO PARA DIA 10-09-20

Local do Recolhimento: CARAPICUÍBA/SP

Tributação: Microempresário Individual (MEI)

Empresa Optante do Simples Nacional

Data Geração: 01/09/2020 14:06:45

Impresso em: 01/09/2020 às 14:06:56

Recebi(emos) de: JANSER BONIFACIO DE MEDEIROS 28711597852
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 84
Certificação
38D72-78DA6

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 212 - BANCO ORIGINAL S.A. - 92894922 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0001 / 00002291439-0 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | JANSER BONIFACIO DE MEDEIROS |
| CPF/CNPJ: | 28.442.257/0001-12 |
| Valor: | R\$ 351,50 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 84 JANSER |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 15/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 15/09/2020 15:03:06 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00121945 |
| Chave de segurança: | JV19XENFVJKU68AK |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2021



| | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------|--|----------------|---------------|
| NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: <http://www.barueri.sp.gov.br/nfe> | Data Emissão | Hora Emissão | NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA | | |
| | 17/09/2020 | 11:51 | Código Autenticidade | Número da Nota | Série da Nota |
| | 316V.7067.8169.9582999-V | | 952059 | | |
| | | | Número RPS | Série RPS | Data RPS |
| | | | 0000953523 | 1A | 17/09/2020 |

| | |
|---|--|
| Prestador de Serviços  SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA ALAMEDA ARAGUAIA , 1142 - BLOCO 03 - Andar 3° ALPHAVILLE CENTRO INDUSTR E EMPR / ALPHAVILLE CEP 06455-000 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 10.744.404/0001-43 Telefone _____ | Inscrição Municipal 4.55388-5 e-mail _____ |
|---|--|

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------------|---------------------------|----------------|-------------|
| Nome Tomador de Serviços | | | CPF/CNPJ | | |
| INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA S | | | 09.268.215/0001-62 | | |
| Endereço | | | Complemento | | |
| R EMYGDIA CAMPOLIM, 131 | | | CASA | | |
| CEP | Bairro | Cidade | | UF | |
| 18047-626 | PARQUE CAMPOLIM | SOROCABA | | SP | |
| E-mail | | | | | |
| ALINE.COSTA@INCS.ORG.BR | | | | | |
| Qtde | Descrição do Serviço | Código Serviço | Alíquota | Valor Unitário | Valor Total |
| 1 | ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS | 171208215 | 2,00 | 13,96 | 13,96 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES | | | | | |
| BENEFICIO VT ELETRONICO 478,40 TX ADM SERV VT ELETR. 11.96 \ TX DISPONIBILIZAÇÃO DE CRÉD. 2.00 IRRF RECOLHIMENTO EFETUADO PELO EMITENTE CONF. IN/SRF 153/87 R\$0.21 SERVIÇO ENQUADRADO COMO ADMINISTRAÇÃO DE CONVÊNIO REF. AO PEDIDO N. 11575877 | | | | | |

| | |
|--|--|
| VALORES DE REPASSE A TERCEIROS R\$ 478,40 | Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP |
|--|--|

| | | | |
|------|-----------|--------|------|
| IRRF | PIS/PASEP | COFINS | CSLL |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | | |
|----------------------------|--|--|---------------|
| VALOR TOTAL DA NOTA | | | 492,36 |
|----------------------------|--|--|---------------|

| | | |
|--|---------------------|-----------------|
| Fatura Nº | Valor da Fatura R\$ | Forma Pagamento |
| 953523 | R\$ 492,36 | ----- |
| Valor por Extenso | | |
| quatrocentos e noventa e dois reais e trinta e seis centavos | | |

| | |
|---|---|
| A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe | Código Autenticidade 316V.7067.8169.9582999-V |
| RECEBEMOS DA EMPRESA SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | Número da Nota 952059 Série da Nota |
| _____ Local | _____ Data |
| _____ Assinatura | |

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio n° 07/2020



Empresa: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (09268215000162) - Pedido: 11575877

Tipo de ordenação: Nome de Funcionário

1) ALESSANDRA RAMOS DE SOUZA (FUNCIONARIOS NOVOS)/CPF:18578327870/M:

Tipo

1.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 220420) (2 / dia)

| Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total | |
|-----------|-------|------|-------|----------|------------|------------|
| - | - | 23 | 46 | R\$ 5,20 | R\$ 239,20 | |
| | | | | | Total | R\$ 239,20 |

Eu, ALESSANDRA RAMOS DE SOUZA, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

2) PAMELA MARIA TEODORO DE PAULA (FUNCIONARIOS NOVOS)/CPF:40399568859/M:

Tipo

2.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 941288) (2 / dia)

| Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total | |
|-----------|-------|------|-------|----------|------------|------------|
| - | - | 23 | 46 | R\$ 5,20 | R\$ 239,20 | |
| | | | | | Total | R\$ 239,20 |

Eu, PAMELA MARIA TEODORO DE PAULA, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

Empresa: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (09268215000162) - Pedido: 11575877

Resumo do Pedido por Departamento

Departamento: FUNCIONARIOS NOVOS (Total de Funcionários: 2)

| Tipo | Operadora | Linha | Total | Vlr Unit | Vlr Total |
|--|-----------|-------|-------|----------|-------------------|
| Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal | - | - | 92 | R\$ 5,20 | R\$ 478,40 |
| Total Departamento FUNCIONARIOS NOVOS: | | | | | R\$ 478,40 |

Resumo do Pedido

| Tipo | Operadora | Linha | Total | Vlr Unit | Vlr Total |
|--|-----------|-------|-------|----------|-------------------|
| Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal | - | - | 92 | R\$ 5,20 | R\$ 478,40 |
| Total Geral: | | | | | R\$ 478,40 |

Boleto registrado com sucesso.



Recibo do Pagador

| | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------|---|----------------------------------|
| Nome do Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA - 10744404000143 | | | Nosso Número 000009275526-7 | Data de Vencimento 16/09/2020 |
| Data do Documento 16/09/2020 | Numero do Documento 11575877 | Carteira 101 | Agência / Código do Beneficiário 02271/5657520 | Valor Cobrado 492,36 |
| Pagador INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09268215000162 Rua Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba /SP - CEP : | | | | |

Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário)

Sr. Cliente: O pedido será liberado somente após a identificação do pagamento. A disponibilização do Crédito e a Entrega dos Cartões ou Vouchers VT (se existentes) seguirão o prazo informado para cada produto conforme o pedido feito no site www.SODEXOVTPASS.com.br. A utilização deste boleto é obrigatória para a adequada confirmação do pagamento. Depósito na conta corrente sem a devida autorização do cedente, não garante a quitação do débito. Após 30 dias da data de processamento o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido.

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | 033-7 | 03399.56575 52000.000928 75526.701018 7 83800000049236 | | | |
| Local de Pagamento Pagável em qualquer banco ou via internet, até o vencimento | | | Vencimento 16/09/2020 | | | |
| Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA - 10744404000143 | | | Agência / Código do Beneficiário 02271/5657520 | | | |
| Data do Documento 16/09/2020 | Nº do Documento 11575877 | Espécie Doc. DM | Acelte N | Data de Processamento 16/11/2020 | Nosso Número 000009275526-7 | |
| Uso do Banco | Carteira 101 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda | (=) Valor do Documento 492,36 | |
| Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário) Sr. Cliente: O pedido será liberado somente após a identificação do pagamento. A disponibilização do Crédito e a Entrega dos Cartões ou Vouchers VT (se existentes) seguirão o prazo informado para cada produto conforme o pedido feito no site www.SODEXOVTPASS.com.br . A utilização deste boleto é obrigatória para a adequada confirmação do pagamento. Depósito na conta corrente sem a devida autorização do cedente, não garante a quitação do débito. Após 30 dias da data de processamento o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido. | | | | | (-) Desconto / Abatimento 0,00 | |
| Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA | | | | | (-) Outras Deduções 0,00 | |
| Pagador INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09268215000162 | | | | | (+) Mora / Multa 0,00 | |
| Endereço Rua Emygdia Campolim, 131 -Parque Campolim - Sorocaba /SP - CEP : | | | | | (+) Outros Acréscimos 0,00 | |
| Sacador /Avalista | | | | | (=) Valor Cobrado 492,36 | |
| Código de Baixa | | | | | | |

Autenticação Mecânica

FICHA DE
COMPENSAÇÃO



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | |
|--|--|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 03399.56575 52000.000928 75526.701018 7 83800000049236 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| Nome/Razão Social: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| CPF/CNPJ: | 10.744.404/0001-43 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| CPF/CNPJ: | 10.744.404/0001-43 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 16/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 16/09/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 492,36 |
| Júros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 492,36 |
| Valor Pago (R\$): | 492,36 |
| Identificação do Pagamento: | SODEXO VT |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 16/09/2020 16:47:12 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 060681846 |
| Chave de segurança: | 46NLR5X3JG1P9V6M |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

RELATÓRIO DE UTILIZAÇÃO DE VEÍCULO PRÓPRIO

CONTROLE: US - 06/2020-002

| LOCAL: | COLABORADOR |
|--|--------------------------|
| UBS Santana - São José dos Campos - SP | ADRIANA DOS SANTOS PRADO |

| PERÍODO: | FUNÇÃO |
|-------------------------|------------|
| 01/08/2020 a 31/08/2020 | Enfermeira |

DESPESAS POR RUBRICA

| RUBRICA: | VALOR: |
|----------------------------------|-------------------|
| 0 | R\$ - |
| DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | R\$ 122,40 |
| PEDÁGIO | R\$ - |
| ESTACIONAMENTO | R\$ - |
| ALIMENTAÇÃO | R\$ - |
| HOSPEDAGEM | R\$ - |
| TOTAL: | R\$ 122,40 |

| CENTRO DE CUSTO | TIPO DE DESPESA | DATA | Origem e Destino | Distancia percorrida (Quilometros) | VALOR |
|-----------------|-----------------|------|------------------|------------------------------------|-------|
| | | | | | R\$ - |

| CENTRO DE CUSTO | TIPO DE DESPESA | DATA | Origem e Destino | Distancia percorrida (Quilometros) | VALOR |
|--------------------|----------------------------------|-----------|---------------------|------------------------------------|------------|
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 7/8/2020 | Visita domiciliar | 7 | R\$ 6,30 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 14/8/2020 | Visita domiciliar | 7 | R\$ 6,30 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 17/8/2020 | Visita domiciliar | 9 | R\$ 8,10 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 18/8/2020 | Visita domiciliar | 15 | R\$ 13,50 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 20/8/2020 | Visita domiciliar | 15 | R\$ 13,50 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 20/8/2020 | SECRETARIA DE SAÚDE | 22 | R\$ 19,80 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 21/8/2020 | Visita domiciliar | 14 | R\$ 12,60 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 24/8/2020 | Visita domiciliar | 12 | R\$ 10,80 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 25/8/2020 | Visita domiciliar | 12 | R\$ 10,80 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 27/8/2020 | Visita domiciliar | 18 | R\$ 16,20 |
| VIAGENS E ESTADIAS | DESLOCAMENTO INTERNO - KM RODADO | 2/9/2020 | Visita domiciliar | 5 | R\$ 4,50 |
| | | | | | R\$ 122,40 |

| CENTRO DE CUSTO | TIPO DE DESPESA | DATA | FORNECEDOR/PRESTADOR | VALOR |
|--------------------|-----------------|-----------|----------------------|-----------|
| VIAGENS E ESTADIAS | PEDÁGIO | 29/6/2020 | Rod. Pres. Dutra | Jacarei |
| VIAGENS E ESTADIAS | PEDÁGIO | 29/6/2020 | Rod. Pres. Dutra | Guararema |
| VIAGENS E ESTADIAS | PEDÁGIO | 29/6/2020 | Rod. Pres. Dutra | Arujá |
| VIAGENS E ESTADIAS | PEDÁGIO | 29/6/2020 | Rod. Pres. Dutra | Arujá |
| VIAGENS E ESTADIAS | PEDÁGIO | 29/6/2020 | Rod. Pres. Dutra | Guararema |
| VIAGENS E ESTADIAS | PEDÁGIO | 29/6/2020 | Rod. Pres. Dutra | Jacarei |
| | | | | R\$ - |

| CENTRO DE CUSTO | TIPO DE DESPESA | DATA | FORNECEDOR/PRESTADOR | CIDADE | VALOR |
|--------------------|-----------------|-----------|--------------------------|-----------|-------|
| VIAGENS E ESTADIAS | ESTACIONAMENTO | 29/6/2020 | Estacionamento do Bairro | São Paulo | |
| | | | | | R\$ - |

| CENTRO DE CUSTO | TIPO DE DESPESA | DATA | FORNECEDOR/PRESTADOR | VALOR |
|--------------------|-----------------|-----------|----------------------|-------|
| VIAGENS E ESTADIAS | ALIMENTAÇÃO | 29/6/2020 | | R\$ - |
| | | | | R\$ - |

| CENTRO DE CUSTO | TIPO DE DESPESA | DATA | FORNECEDOR/PRESTADOR | VALOR |
|--------------------|-----------------|-----------|----------------------|-------|
| VIAGENS E ESTADIAS | HOSPEDAGEM | 19/3/2020 | | R\$ - |
| | | | | R\$ - |

OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Colaborador


Cristiane de Souza Reino
Instituto Nacional de Ciências da Saúde
Gerente Administrativo
UBS Santana

Assinatura do Diretor Administrativo/Financeiro

2ª Via - Comprovante de remessa de Doc eletrônico

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Emitente: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Conta destino: | 4317/2592-5 |
| Tipo: | DOC E |

| | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 756-BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. |
| Finalidade: | 01-Crédito em Conta Corrente |
| Nome destinatário: | ADRIANA DOS SANTOS PRADO |
| CPF/CNPJ destinatário: | 271.506.438-17 |
| Valor a ser transferido: | R\$ 122,40 |
| Tarifa de emissão de DOC: | R\$ 10,00 |
| Valor total a ser debitado: | R\$ 132,40 |
| Identificação da operação: | RELATORIO ADRIANA |

| | |
|-------------------------------|------------|
| Data de débito: | 18/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 18/09/2020 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00029746 |
| Chave de segurança: | EU246NXCTETUTW1V |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

| | | |
|---|--|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p> | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA | 5952 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | 082020 |
| 01 NOME / TELEFONE INCS INST. NAC. DE CIENCIAS DA SAÚDE | 06 DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| <p>REF. SERV. MÉDICOS - UBS SANTAN - 08.2020 - CSRF</p> <p>DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: SOROCABA</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.60.71.7145 - opção 1 - DLL versão 1.4</p> | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 5.693,13 |
| | 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL | 5.693,13 |
| | 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 | 31/08/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA | 5952 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | 082020 |
| 01 NOME / TELEFONE INCS INST. NAC. DE CIENCIAS DA SAÚDE | 06 DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| <p>REF. SERV. MÉDICOS - UBS SANTAN - 08.2020 - CSRF</p> <p>DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: SOROCABA</p> <p>NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.60.71.7145 - opção 1 - DLL versão 1.4</p> | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 5.693,13 |
| | 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL | 5.693,13 |
| | 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.

DARF impresso sem código de barras por conter número de referência ou acréscimo de multa e/ou juros ou ano do período de apuração e/ou do vencimento anterior a 2014 ou posterior a 2023.

2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | | | |
|---|--|--|--------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF</p> | 02- PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 | |
| | 03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 | |
| | 04- CÓDIGO DA RECEITA | 5952 | |
| | 05- NÚMERO DE REFERÊNCIA | 82020 | |
| | 01- NOME / TELEFONE | 06- DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| | INCS INSTITUTO NACIONAL / (15) 3035-2779 | 07- VALOR DO PRINCIPAL | R\$ 5.693,13 |
| | ATENÇÃO É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal cujo valor total seja inferior a R\$ 10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior a R\$ 10,00. | 08- VALOR DA MULTA | R\$ 0,00 |
| | | 09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69 | R\$ 0,00 |
| | | 10- VALOR TOTAL | R\$ 5.693,13 |
| | | 11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA CEFIC 18092020 275700300002758 00414392 | |

| | |
|-----------------------------------|------------|
| Identificação da operação: | DARF CSRF |
| Data de débito: | 18/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 18/09/2020 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00414392 |
| Chave de segurança: | 9ZXXJ29F2YE9HEEP |

Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Período: 01/09/2020 a 30/09/2020

| Código - Nome do Funcionário | CPF | Dt. Pgto | Fonte | Base | Deduções | IRRF |
|-------------------------------------|----------------|-----------------|--------------|-------------|-----------------|-------------|
| 018 - CRISTIANE DE SOUZA REINO | 293.667.448-42 | 05/09/2020 | Pagamento | 4.972,68 | 0,00 | 357,82 |
| 029 - TAYNA CAMPOS CAMARGO SILVA | 412.634.628-71 | 05/09/2020 | Pagamento | 5.447,35 | 0,00 | 457,73 |
| 2306 - ADRIANA DOS SANTOS PRADO | 271.506.438-17 | 05/09/2020 | Pagamento | 3.954,59 | 0,00 | 176,50 |
| | | | Total | 14.374,62 | 0,00 | 992,05 |

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio n° 07/2020

| | | |
|--|--|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p> | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| 01 NOME / TELEFONE INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE 15 3035-2779 | 06 DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| UBS SANTANA DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: SOROCABA NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.7145 - opção 1 - DLL versão 1.4 | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 992,05 |
| | 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL | 992,05 |
| | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) | |

85690000009-7 92050064026-2 21092682150-0 00105610244-3

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 | 31/08/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA | 0561 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| 01 NOME / TELEFONE INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE 15 3035-2779 | 06 DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| UBS SANTANA DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: SOROCABA NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.7145 - opção 1 - DLL versão 1.4 | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 992,05 |
| | 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL | 992,05 |
| | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) | |

85690000009-7 92050064026-2 21092682150-0 00105610244-3

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.

2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | | | |
|---|--|--|------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF</p> | 02- PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 | |
| | 03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 | |
| | 04- CÓDIGO DA RECEITA | 0561 | |
| | 05- NÚMERO DE REFERÊNCIA | | |
| | 01- NOME / TELEFONE | 06- DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| | INCS INSTITUTO NACIONAL / (15) 3035-2779 | 07- VALOR DO PRINCIPAL | R\$ 992,05 |
| | ATENÇÃO É vedado o recolhimento de tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal cujo valor total seja inferior a R\$ 10,00. Ocorrendo tal situação, adicione esse valor ao tributo/contribuição de mesmo código de períodos subsequentes, até que o total seja igual ou superior a R\$ 10,00. | 08- VALOR DA MULTA | R\$ 0,00 |
| | | 09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69 | R\$ 0,00 |
| | | 10- VALOR TOTAL | R\$ 992,05 |
| | | 11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA CEFIC 18092020 275700300002758 00414766 | |

| | |
|-----------------------------------|------------|
| Identificação da operação: | DARF IRRF |
| Data de débito: | 18/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 18/09/2020 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00414766 |
| Chave de segurança: | JQ9PX7PLVXY6STK7 |

Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio 22/20

| | | |
|--|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA | 1708 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | 082020 |
| 01 NOME / TELEFONE INCS INST. NAC. DE CIENCIAS DA SAÚDE | 06 DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 1.836,50 |
| REF. SERV. MÉDICOS - UBS SANTANA - 08.2020 - IRRF DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: SOROCABA NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.60.71.7145 - 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 | 1.836,50 |
| | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) | |

cortar nesta linha

| | | |
|--|--|--------------------|
|  MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA | 1708 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | 082020 |
| 01 NOME / TELEFONE INCS INST. NAC. DE CIENCIAS DA SAÚDE | 06 DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 1.836,50 |
| REF. SERV. MÉDICOS - UBS SANTANA - 08.2020 - IRRF DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: SOROCABA NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.60.71.7145 - 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 | 1.836,50 |
| | 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.

DARF impresso sem código de barras por conter número de referência ou acréscimo de multa e/ou juros ou ano do período de apuração e/ou do vencimento anterior a 2014 ou posterior a 2023.

RETENÇÕES SERV. MÉDICOS 08.2020

| Dia | Nota | Valor contábil | Valor serviço | Fornecedor | CNPJ/CPF | PIS |
|-----|--------|----------------|---------------|-----------------|--------------------|--------|
| 4 | 900126 | 71787 | 71787 | CDC - DIAGNOSTI | 17.031.112/0001-02 | 466,61 |
| 10 | 34 | 1932 | 1932 | TAMAROZZI SERVI | 29.165.605/0001-14 | 12,56 |
| 10 | 23 | 10212 | 10212 | JO & D SERVICOS | 29.136.664/0001-64 | 66,38 |
| 10 | 4 | 11040 | 11040 | MFSO SERVICOS M | 37.333.298/0001-61 | 71,76 |
| 11 | 57 | 2760 | 2760 | CAIJ ASSESSORIA | 24.476.740/0001-67 | 17,94 |
| 11 | 93 | 17802 | 17802 | INFANT CLINICA | 22.125.747/0001-09 | 115,71 |
| 12 | 57 | 6900 | 6900 | DRA PRISCILLA A | 19.942.579/0001-30 | 44,85 |

RETENÇÕES 08.2020.

| Dia | Nota | Valor contábil | Valor serviço | Fornecedor | CNPJ/CPF | PIS |
|-----|------|----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----|
| 31 | 1058 | 20000,63 | 20000,63 | FACILITTA SERVI | 17.544.568/0001-76 | 0 |

| COFINS | CSLL | TOTAL | IRRF | ISS | INSS |
|---------|--------|----------------|----------------|-------------|-------------|
| 2153,61 | 717,87 | 3338,09 | 1076,81 | 0,00 | 0,00 |
| 57,96 | 19,32 | 89,84 | 28,98 | 0,00 | 0,00 |
| 306,36 | 102,12 | 474,86 | 153,18 | 0,00 | 0,00 |
| 331,20 | 110,40 | 513,36 | 165,60 | 0,00 | 0,00 |
| 82,80 | 27,60 | 128,34 | 41,40 | 0,00 | 0,00 |
| 534,06 | 178,02 | 827,79 | 267,03 | 0,00 | 0,00 |
| 207,00 | 69,00 | 320,85 | 103,50 | 0,00 | 0,00 |
| | | 5693,13 | 1836,50 | 0,00 | 0,00 |

| COFINS | CSLL | TOTAL | IRRF | ISS | INSS |
|--------|------|-------|------|----------------|----------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1000,03 | 1996,90 |

2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | | |
|---|--|--------------------|
|  <p align="center">MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p align="center">Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF</p> | 02- PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 |
| | 03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04- CÓDIGO DA RECEITA | 1708 |
| | 05- NÚMERO DE REFERÊNCIA | 82020 |
| | 06- DATA DE VENCIMENTO | 18/09/2020 |
| | 07- VALOR DO PRINCIPAL | R\$ 1.836,50 |
| | 08- VALOR DA MULTA | R\$ 0,00 |
| | 09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69 | R\$ 0,00 |
| | 10- VALOR TOTAL | R\$ 1.836,50 |
| | 11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | |
| CEFIC 18092020 275700300002758 00415280 | | |

| | |
|-----------------------------------|------------|
| Identificação da operação: | DARF |
| Data de débito: | 18/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 18/09/2020 |

| |
|---|
| Código da operação: 00415280 |
| Chave de segurança: GW92E745XHEH6MTS |

Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio 122/20

SEFIP 8.40 TAB. 41,0 DATA: 31/08/2020 HORA: 18:46:37

1 - NOME / TELEFONE / ENDEREÇO

INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE

EMYGDIA CAMPOLIM 131

PARQUE CAMPOLIM

18047-626

SOROCABA

SP

(0015) 30352779

2 - VENCIMENTO

(USO EXCLUSIVO INSS)

ATENÇÃO É VEDADA A UTILIZAÇÃO DA GPS PARA RECOLHIMENTO DE RECEITA DE VALOR INFERIOR AO ESTIPULADO EM RESOLUÇÃO PUBLICADA PELO INSS.A RECEITA QUE RESULTAR VALOR INFERIOR DEVERÁ SER ADICIONADA A CONTRIBUIÇÃO OU IMPORTÂNCIA CORRESPONDENTE NOS MESES SUBSEQUENTES, ATÉ QUE O TOTAL SEJA IGUAL OU SUPERIOR AO VALOR MÍNIMO FIXADO.

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO 2305

4 - COMPETÊNCIA 08/2020

5 - IDENTIFICADOR 09.268.215/0001-62

6 - VALOR DO INSS(+) 3.953,72

7 -

8 -

9 - VLR OUTRAS ENTIDADES 0,00

10 - ATUAL.MONETÁRIA/ 0,00

JUROS/MULTA/(+)

11 - VALOR ARRECADADO 3.953,72

12 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
PARA RECOLHIMENTO NO PRAZO

858800000393

537202702309

509268215001

016220200897

SEFIP 8.40 TAB. 41,0 DATA: 31/08/2020 HORA: 18:46:37

1 - NOME / TELEFONE / ENDEREÇO

INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE

EMYGDIA CAMPOLIM 131

PARQUE CAMPOLIM

18047-626

SOROCABA

SP

(0015) 30352779

2 - VENCIMENTO

(USO EXCLUSIVO INSS)

ATENÇÃO É VEDADA A UTILIZAÇÃO DA GPS PARA RECOLHIMENTO DE RECEITA DE VALOR INFERIOR AO ESTIPULADO EM RESOLUÇÃO PUBLICADA PELO INSS.A RECEITA QUE RESULTAR VALOR INFERIOR DEVERÁ SER ADICIONADA A CONTRIBUIÇÃO OU IMPORTÂNCIA CORRESPONDENTE NOS MESES SUBSEQUENTES, ATÉ QUE O TOTAL SEJA IGUAL OU SUPERIOR AO VALOR MÍNIMO FIXADO.

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO 2305

4 - COMPETÊNCIA 08/2020

5 - IDENTIFICADOR 09.268.215/0001-62

6 - VALOR DO INSS(+) 3.953,72

7 -

8 -

9 - VLR OUTRAS ENTIDADES 0,00

10 - ATUAL.MONETÁRIA/ 0,00

JUROS/MULTA/(+)

11 - VALOR ARRECADADO 3.953,72

12 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
PARA RECOLHIMENTO NO PRAZO

858800000393

537202702309

509268215001

016220200897



2ª Via - Comprovante de pagamento de Guia da Previdência Social Via Internet Banking CAIXA

Documento pago dentro das condições definidas pela portaria MPAS NR. 375, de 25/01/2001

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | | |
|--|--------------------------------------|----------------|
|  MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO NACIONAL - INSS PREVIDÊNCIA SOCIAL GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS | 03- CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2305 |
| | 04- COMPETÊNCIA | 08/2020 |
| | 05- IDENTIFICADOR | 09268215000162 |
| 01- NOME OU RAZÃO SOCIAL/ENDEREÇO/FONE INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAU | 06- VALOR DO INSS | 3.953,72 |
| - | 07- | |
| - | 08- | |
| 02- VENCIMENTO (Uso Exclusivo INSS) | 09- VALOR DE OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| ATENÇÃO É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado. | 10- ATM/MULTA E JUROS | 0,00 |
| | 11- VALOR TOTAL | 3.953,72 |
| 12- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA CEPIC 18092020 275700300002758 818105 | | |

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Identificação da operação: | GPS UBS |
| Data/hora da operação: | 18/09/2020 15:34:51 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00818105 |
| Chave de segurança: | 3A5HQ39V4VK0Q4EE |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvridoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio nº 2020



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Guia Eletrônica de Recolhimento de ISSQN

EMITENTE

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - CNPJ 46.643.466/0001-06
Rua José de Alencar, 123 Vila Santa Luzia - São José dos Campos/SP - CEP 12209-530

| | | | | | |
|-------------|-------------|-----------------|------------|------------|-------------------|
| COMPETÊNCIA | Nº DO AVISO | DATA DA EMISSÃO | VENCIMENTO | VALIDADE | NOSSO NÚMERO |
| 08/2020 | 627430 | 15/09/2020 | 21/09/2020 | 21/09/2020 | 24202083062743008 |

CONTRIBUINTE

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09.268.215/0001-62

DEMONSTRATIVO DOS LANÇAMENTOS

| | Valor ISS | Abatimento | Valor Multa | Valor Juros | Valor Correção | Valor Total |
|--------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-----------------|
| Total | 1.000,03 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.000,03 |

LOCAIS DE PAGAMENTO:

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL E LOTÉRICA NO GUICHÊ, AUTOATENDIMENTO OU INTERNET

BANCO DO BRASIL, BANCO ITAÚ, BANCO BRADESCO E BANCO SANTANDER SOMENTE NO AUTOATENDIMENTO OU INTERNET.



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Guia Eletrônica de Recolhimento de ISSQN

EMITENTE

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - CNPJ 46.643.466/0001-06
Rua José de Alencar, 123 Vila Santa Luzia - São José dos Campos/SP - CEP

CONTRIBUINTE

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09.268.215/0001-62
VALOR ISS

1.000,03

Nº DO AVISO

627430

DATA VALIDADE

21/09/2020

VENCIMENTO

21/09/2020

COMPETÊNCIA

08/2020

VALOR ISS

1.000,03

ABATIMENTO

0,00

VALOR MULTA

0,00

VALOR JUROS

0,00

VALOR CORREÇÃO

0,00

VALOR TOTAL

1.000,03

OUTRAS INFORMAÇÕES

REF: 08/2020

IM: 917361

Modalidade

Controle:

Valor Original:

1.000,03

Valor Cobrado:

1.000,03

LOCAIS DE PAGAMENTO:

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL E LOTÉRICA NO GUICHÊ, AUTOATENDIMENTO OU INTERNET

BANCO DO BRASIL, BANCO ITAÚ, BANCO BRADESCO E BANCO SANTANDER SOMENTE NO

AUTOATENDIMENTO OU INTERNET.

OBS: FAVOR NÃO RECEBER APÓS A DATA DE

21/09/2020

8163000010-5 00034158202-1 00921242020-3 83062743008-5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

93

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M. de São José dos Campos. Convênio nº 07/2020

RETENÇÕES SERV. MÉDICOS 08.2020

| Dia | Nota | Valor contábil | Valor serviço | Fornecedor | CNPJ/CPF | PIS |
|-----|--------|----------------|---------------|-----------------|--------------------|--------|
| 4 | 900126 | 71787 | 71787 | CDC - DIAGNOSTI | 17.031.112/0001-02 | 466,61 |
| 10 | 34 | 1932 | 1932 | TAMAROZZI SERVI | 29.165.605/0001-14 | 12,56 |
| 10 | 23 | 10212 | 10212 | JO & D SERVICOS | 29.136.664/0001-64 | 66,38 |
| 10 | 4 | 11040 | 11040 | MFSO SERVICOS M | 37.333.298/0001-61 | 71,76 |
| 11 | 57 | 2760 | 2760 | CAIJ ASSESSORIA | 24.476.740/0001-67 | 17,94 |
| 11 | 93 | 17802 | 17802 | INFANT CLINICA | 22.125.747/0001-09 | 115,71 |
| 12 | 57 | 6900 | 6900 | DRA PRISCILLA A | 19.942.579/0001-30 | 44,85 |

RETENÇÕES 08.2020.

| Dia | Nota | Valor contábil | Valor serviço | Fornecedor | CNPJ/CPF | PIS |
|-----|------|----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----|
| 31 | 1058 | 20000,63 | 20000,63 | FACILITTA SERVI | 17.544.568/0001-76 | 0 |

| COFINS | CSLL | TOTAL | IRRF | ISS | INSS |
|---------|--------|----------------|----------------|-------------|-------------|
| 2153,61 | 717,87 | 3338,09 | 1076,81 | 0,00 | 0,00 |
| 57,96 | 19,32 | 89,84 | 28,98 | 0,00 | 0,00 |
| 306,36 | 102,12 | 474,86 | 153,18 | 0,00 | 0,00 |
| 331,20 | 110,40 | 513,36 | 165,60 | 0,00 | 0,00 |
| 82,80 | 27,60 | 128,34 | 41,40 | 0,00 | 0,00 |
| 534,06 | 178,02 | 827,79 | 267,03 | 0,00 | 0,00 |
| 207,00 | 69,00 | 320,85 | 103,50 | 0,00 | 0,00 |
| | | 5693,13 | 1836,50 | 0,00 | 0,00 |

| COFINS | CSLL | TOTAL | IRRF | ISS | INSS |
|--------|------|-------|------|----------------|----------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1000,03 | 1996,90 |

2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

Representação numérica do código de barras:

816300000105 000341582021 009212420203 830627430085

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Convênio: | MUNICIPIO DE SAO JOSE DOS CAMPOS |
| Valor: | 1.000,03 |
| Identificação da operação: | ISSQN |

| | |
|-------------------------------|------------|
| Data de débito: | 18/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 18/09/2020 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00931607 |
| Chave de segurança: | M4024Y1PUH5VN8Q5 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

| | | |
|--|--|--|
|  <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p>DARF</p> | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA | 8301 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| 01 NOME / TELEFONE INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE 15 3035-2779 | 06 DATA DE VENCIMENTO | 25/09/2020 |
| UBS SANTANA BASE: R\$ 42.615,46 | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 426,13 |
| DARF válido para pagamento até 25/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: SOROCABA | 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.7145 - opção 1 - DLL versão 1.4 | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL | 426,13 |
| 85610000004-6 26130064026-3 91092682150-5 00183010244-6 | | 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 | 31/08/2020 |
| | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04 CÓDIGO DA RECEITA | 8301 |
| | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| 01 NOME / TELEFONE INCS INST NAC DE CIENCIAS DA SAUDE 15 3035-2779 | 06 DATA DE VENCIMENTO | 25/09/2020 |
| UBS SANTANA BASE: R\$ 42.615,46 | 07 VALOR DO PRINCIPAL | 426,13 |
| DARF válido para pagamento até 25/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: SOROCABA | 08 VALOR DA MULTA | 0,00 |
| NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.7145 - opção 1 - DLL versão 1.4 | 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00 |
| | 10 VALOR TOTAL | 426,13 |
| 85610000004-6 26130064026-3 91092682150-5 00183010244-6 | | 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.

2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos federais

Via Internet Banking Caixa

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | | |
|---|--|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF</p> | 02- PERÍODO DE APURAÇÃO | 31/08/2020 |
| | 03- NÚMERO DO CPF OU CNPJ | 09.268.215/0001-62 |
| | 04- CÓDIGO DA RECEITA | 8301 |
| | 05- NÚMERO DE REFERÊNCIA | |
| | 06- DATA DE VENCIMENTO | 25/09/2020 |
| | 07- VALOR DO PRINCIPAL | R\$ 426,13 |
| | 08- VALOR DA MULTA | R\$ 0,00 |
| | 09- VALOR DOS JUROS/ ENCARGOS DL-1.025/69 | R\$ 0,00 |
| | 10- VALOR TOTAL | R\$ 426,13 |
| | 11- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA CEFIC 23092020 275700300002758 00462363 | |

| | |
|-----------------------------------|------------|
| Identificação da operação: | DARF 8301 |
| Data de débito: | 23/09/2020 |
| Data/hora da operação: | 23/09/2020 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00462363 |
| Chave de segurança: | WJZ3TUP48XJ6MM7G |

Documento pago dentro das condições definidas pela IN/RFB N.º 736, DE 02/05/2007.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio 22/20



Empresa: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (09268215000162) - Pedido: 11577163
 Tipo de ordenação: Nome de Funcionário

| 1) ALESSANDRA RAMOS DE SOUZA (UBS SANTANA - 012)/CPF:18578327870/M: Tipo | Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total |
|---|-----------|-------|------|-------|----------|------------------|
| 1.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 220420) (2 / dia) | - | - | 21 | 42 | R\$ 5,20 | R\$ 218,40 |
| | | | | | | Total R\$ 218,40 |

Eu, ALESSANDRA RAMOS DE SOUZA, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

| 2) ANA CLAUDIA GOMES DOS SANTOS (UBS SANTANA - 012)/CPF:34059905801/M: Tipo | Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total |
|---|-----------|-------|------|-------|----------|------------------|
| 2.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 604846) (2 / dia) | - | - | 21 | 42 | R\$ 5,20 | R\$ 218,40 |
| | | | | | | Total R\$ 218,40 |

Eu, ANA CLAUDIA GOMES DOS SANTOS, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

| 3) DEBORA DOS SANTOS (UBS SANTANA - 012)/CPF:28581578802/M: Tipo | Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total |
|--|-----------|-------|------|-------|----------|------------------|
| 3.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 1098231) (2 / dia) | - | - | 21 | 42 | R\$ 5,20 | R\$ 218,40 |
| | | | | | | Total R\$ 218,40 |

Eu, DEBORA DOS SANTOS, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

| 4) DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVEIRA (UBS SANTANA - 012)/CPF:41390045846/M: Tipo | Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total |
|---|-----------|-------|------|-------|----------|------------------|
| 4.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 898748) (2 / dia) | - | - | 21 | 42 | R\$ 5,20 | R\$ 218,40 |
| | | | | | | Total R\$ 218,40 |

Eu, DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVEIRA, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

| 5) PAMELA MARIA TEODORO DE PAULA (UBS SANTANA - 012)/CPF:40399568859/M: Tipo | Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total |
|---|-----------|-------|------|-------|----------|------------------|
| 5.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 941288) (2 / dia) | - | - | 21 | 42 | R\$ 5,20 | R\$ 218,40 |
| | | | | | | Total R\$ 218,40 |

Eu, PAMELA MARIA TEODORO DE PAULA, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

| 6) ROSEMARY DA SILVA ALVES (UBS SANTANA - 012)/CPF:09853355809/M: Tipo | Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total |
|---|-----------|-------|------|-------|----------|------------------|
| 6.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 807730) (2 / dia) | - | - | 21 | 42 | R\$ 5,20 | R\$ 218,40 |
| | | | | | | Total R\$ 218,40 |

Eu, ROSEMARY DA SILVA ALVES, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

Empresa: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (09268215000162) - Pedido: 11577163

Resumo do Pedido por Departamento

Departamento: UBS SANTANA - 012 (Total de Funcionários: 6)

| Tipo | Operadora | Linha | Total | Vlr Unit | Vlr Total |
|--|-----------|-------|-------|----------|---------------------|
| Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal | - | - | 252 | R\$ 5,20 | R\$ 1.310,40 |
| Total Departamento UBS SANTANA - 012: | | | | | R\$ 1.310,40 |

Resumo do Pedido



| Tipo | Operadora | Linha | Total | Vlr Unit | Vlr Total |
|--|-----------|-------|-------|---------------------|---------------------|
| Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal | - | - | 252 | R\$ 5,20 | R\$ 1.310,40 |
| | | | | Total Geral: | R\$ 1.310,40 |

Boleto registrado com sucesso.



Recibo do Pagador

| | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------|---|----------------------------------|
| Nome do Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA - 10744404000143 | | | Nosso Número 000009276331-6 | Data de Vencimento 24/09/2020 |
| Data do Documento 18/09/2020 | Numero do Documento 11577163 | Carteira 101 | Agência / Código do Beneficiário 02271/5657520 | Valor Cobrado 1.349,16 |
| Pagador INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09268215000162 Rua Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba /SP - CEP : | | | | |

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário)

Sr. Cliente: O pedido será liberado somente após a identificação do pagamento. A disponibilização do Crédito e a Entrega dos Cartões ou Vouchers VT (se existentes) seguirão o prazo informado para cada produto conforme o pedido feito no site www.SODEXOVTPASS.com.br. A utilização deste boleto é obrigatória para a adequada confirmação do pagamento. Depósito na conta corrente sem a devida autorização do cedente, não garante a quitação do débito. Após 30 dias da data de processamento o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido.

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| | | 033-7 | 03399.56575 52000.000928 76331.601013 7 83880000134916 | | | |
| Local de Pagamento Pagável em qualquer banco ou via internet, até o vencimento | | | Vencimento 24/09/2020 | | | |
| Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA - 10744404000143 | | | Agência / Código do Beneficiário 02271/5657520 | | | |
| Data do Documento 18/09/2020 | Nº do Documento 11577163 | Espécie Doc. DM | Acelte N | Data de Processamento 16/11/2020 | Nosso Número 000009276331-6 | |
| Uso do Banco | Carteira 101 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda | (=) Valor do Documento 1.349,16 | |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário) Sr. Cliente: O pedido será liberado somente após a identificação do pagamento. A disponibilização do Crédito e a Entrega dos Cartões ou Vouchers VT (se existentes) seguirão o prazo informado para cada produto conforme o pedido feito no site www.SODEXOVTPASS.com.br . A utilização deste boleto é obrigatória para a adequada confirmação do pagamento. Depósito na conta corrente sem a devida autorização do cedente, não garante a quitação do débito. Após 30 dias da data de processamento o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido. | | | | | (-) Desconto / Abatimento 0,00 | |
| Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA | | | | | (-) Outras Deduções 0,00 | |
| Pagador INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09268215000162 | | | | | (+) Mora / Multa 0,00 | |
| Endereço Rua Emygdia Campolim, 131 -Parque Campolim - Sorocaba /SP - CEP : | | | | | (+) Outros Acréscimos 0,00 | |
| Sacador /Avalista | | | | | (=) Valor Cobrado 1.349,16 | |
| Código de Baixa | | | | | | |

Autenticação Mecânica

FICHA DE
COMPENSAÇÃO



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | |
|--|--|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 03399.56575 52000.000928 76331.601013 7 83880000134916 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| Nome/Razão Social: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| CPF/CNPJ: | 10.744.404/0001-43 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| CPF/CNPJ: | 10.744.404/0001-43 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 24/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 23/09/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.349,16 |
| Júros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 1.349,16 |
| Valor Pago (R\$): | 1.349,16 |
| Identificação do Pagamento: | SODEXO VT |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 23/09/2020 16:20:28 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 067551478 |
| Chave de segurança: | R0FL6VH53K4M440C |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**Identificação do Emitente**

Lider Vale Prod Equip Limpeza Eireli
 Rua Pedro Rachid, 846 Cond. Radicifibras
 Santana São José dos Campos
 12212-100 SP
 123941-4433 lidervale@lidervale.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da
 Nota Fiscal Eletrônica
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

1

Nº 0000008629
 FL 1/1

SÉRIE 1

CONTROLE DO FISCO

MQA A Eco Clean é um sucesso de venda

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida | | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 645929040118 | INSC ESTADUAL DO SUBST TRIBUTÁRIO | CNPJ 02.947.234/0001-76 | CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFEFAZENDA.GOV.BR 35.20.09.02.94.723.400/0176-55-001.000.008-629-192.001.060-6 |
| DESTINATÁRIO - REMETENTE | | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 135200790315083 |

| | | | |
|--|------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| NOMEIRAÇÃO SOCIAL INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE | | CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62 | DATA DA EMISSÃO 08/09/2020 |
| ENDEREÇO Rua Emygdia Campolim, 131 | | BAIRRO/DISTRITO Parque Campolim | CEP 18047-626 |
| MUNICÍPIO Sorocaba | FONE/FAIX 3035-2779 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO |
| | | | DATA DA SAÍDA/ENTRADA 08/09/2020 |
| | | | HORA DE SAÍDA/ENTRADA 17:44.00 |

| | | | |
|--------|------------|--------|--------|
| FATURA | 30/09/2020 | 8629-1 | 241.08 |
|--------|------------|--------|--------|

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 241,08 | | VALOR DO ICMS 43,40 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 241,08 |
| VALOR FRETE 0,00 | VALOR SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 241,08 |

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL | | FRETE POR CONTA CONTRATAÇÃO | CODIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF |
| ENDEREÇO | | BAIRRO/DISTRITO | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE 0,00 | ESPÉCIE VOLUME(S) | MARCA | QUANTIDADE 24,00 | PESO BRUTO 19,20 | PESO LÍQUIDO 19,20 |

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VOL. | V. UNIT. | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | ALÍQUOTA | |
|------------|---|----------|-----|------|-------|--------|------|----------|----------|---------|---------|----------|------|
| | | | | | | | | | | | | ICMS | IPI |
| 2019054 | REFIL ALCOOL GEL ANTISSEPTICO LIQUIDO 800ML-AUDAX | 34011110 | 00 | 5102 | FR | 24,00 | 0 | 10,05 | 241,08 | 241,08 | 43,40 | 18,00 | 0,00 |

| | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pedido Cliente:
 Pedido: T00000000021473
 -/- Valor aprox dos tributos Federais R\$43,9 (18,2%) Estaduais R\$43,39 (18%) Municipais R\$0 (0%) fonte IBPT

LOCAL ENTREGA
 UPA SANTANA
 Avenida Rui Barbosa, 2445 - Santana - Cep:12212-000
 São José dos Campos

FAVOR CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA. NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES POSTERIORES.

O não recebimento do boleto não isenta-o da responsabilidade do pagamento. Caso não receba o boleto, solicite através do telefone (12) 3941-4433 ou do e-mail financeiro@lidervale.com.br

RESERVADO AO FISCO

recursos da P.M de São José dos Campos (0,00%)
 Estas despesas for...

Dados do Pagador

| | | | |
|---|-----------------|------------------------------------|--|
| Nome do pagador INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE | | Número do Documento 8629 | |
| Endereço RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 | | | |
| Bairro / Distrito PARQUE CAMPOLIM | | | |
| Município SOROCABA | UF SP | CEP 18047-626 | |
| Mensagem Pagador | | | |

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. _____ do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.50324 01032.605402 00835.000019 3 83940000024108

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|---|---|
| Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB | | | | | Vencimento 30/09/2020 |
| Beneficiário LIDER VALE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS PARA LIMPEZA EI | | | | | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 5032/326054 |
| | | | | | |
| Data do documento 09/09/2020 | N. documento 8629 | Espécie DM | Aceite N | Data processamento 09/09/2020 | Nosso número 8350-0 |
| Use do Banco | Carteira 1 | Espécie R\$ | Quantidade 0,00 | Valor | Valor documento 241,08 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 01/10/2020 Juros 0,33%/dia A partir 01/10/2020 multa de 5,00% | | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| | | | | | (-) Outras deduções |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 5032 SICOOB UNIMAIS MANTIQUEIRA | | | | | (+) Outros acréscimos |
| Pagador INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE | | | | | |
| RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 | | | | | |
| PARQUE CAMPOLIM | | | | | |
| SOROCABA - SP | | | | | |
| | | | | | (=) Valor cobrado |
| Beneficiário Final | | | | | |



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M. de São José dos Campos Convênio nº 07/2020

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | |
|--|---|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 75691.50324 01032.605402 00835.000019 3 83940000024108 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. |
| Código do Banco: | 756 |
| Código do ISPB: | 02038232 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | LIDER VALE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS PARA LIMPEZA EI |
| Nome/Razão Social: | LIDER VALE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS PARA LIMPEZA EI |
| CPF/CNPJ: | 02.947.234/0001-76 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|--|---------------|
| Data do Vencimento: | 30/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 23/09/2020 |
| Valor Nominal do Bolet: | 241,08 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 241,08 |
| Valor Pago (R\$): | 241,08 |
| Identificação do Pagamento: | NF 8629 LIDER |

Data/hora da operação: 23/09/2020 16:27:33

Código da operação: 067559658
Chave de segurança: XN2MUQVJW27LCS8X

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

| | | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|-------------------|------------|-----|---------|------|----|-----------------------|
| 01 | CNPJ/CEI | 02 | Razão Social/Nome | | | | | | |
| 09.268.215/0001-62 | | INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | | | | | | | |
| 03 | Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) | 04 | Bairro | | | | | | |
| EMYGDIA CAMPOLIM 131 | | PARQUE CAMPOLIM | | | | | | | |
| 05 | Município | 06 | UF | 07 | CEP | 08 | CNAE | 09 | CNPJ/CEI Tomador/Obra |
| SOROCABA | | SP | | 18.047-626 | | 8660700 | | | |

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|-------------|-------------------|-----|------------------|----------------------|----------------|-----|
| 10 | PIS/PASEP | 11 | Nome | Código: 25 | | | | | |
| 166.12556.25-1 | | NATAELLY TANNY GOMES PEREIRA | | | | | | | |
| 12 | Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) | 13 | Bairro | | | | | | |
| AVENIDA SÃO JORGE 1074 - CASA 62 | | CIDADE SALVADOR | | | | | | | |
| 14 | Município | 15 | UF | 16 | CEP | 17 | CTPS (nº, série, UF) | 18 | CPF |
| JACAREÍ | | SP | | 12.312-000 | | 035747/00406-/SP | | 057.632.273-36 | |
| 19 | Data de Nascimento | 20 | Nome da Mãe | | | | | | |
| 02/06/1994 | | MARIA NEUDA GOMES DA SILVA | | | | | | | |

DADOS DO CONTRATO

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---|--|---------------|--------------------------|------------|---------------------|-----|------------------|
| 21 | Tipo de Contrato | | | | | | | | |
| 1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado | | | | | | | | | |
| 22 | Causa do Afastamento | | | | | | | | |
| Rescisão contratual a pedido do empregado | | | | | | | | | |
| 23 | Remuneração Mês Ant. | 24 | Data de Admissão | 25 | Data do Aviso Prévio | 26 | Data de Afastamento | 27 | Cód. Afastamento |
| R\$ 2.192,16 | | 04/05/2020 | | 16/09/2020 | | 16/09/2020 | | SJ1 | |
| 28 | Pensão Alim. (%) TRCT | 29 | Pensão Alim. (%) FGTS | 30 | Categoria do Trabalhador | | | | |
| 0,00 | | 0,00 | | 1 - Empregado | | | | | |
| 31 | Código Sindical | 32 | CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral | | | | | | |
| 000.914.021.00088-4 | | 47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP | | | | | | | |

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

| VERBAS RESCISÓRIAS | | | | | |
|---|------------|--------------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------------|
| Rubrica | Valor | Rubrica | Valor | Rubrica | Valor |
| 50 Saldo de 16/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR) | R\$ 985,30 | 51 Comissões | R\$ 0,00 | 52 Gratificações | R\$ 0,00 |
| 53 Adicional de insalubridade | R\$ 0,00 | 54 Adicional de periculosidade | R\$ 0,00 | 55 Adicional noturno | R\$ 0,00 |
| 56 Horas extras | R\$ 0,00 | 57 Gorjetas | R\$ 0,00 | 58 Descanso semanal remunerado (DSR) | R\$ 0,00 |
| 59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável | R\$ 0,00 | 60 Multa Art. 477, § 8º/CLT | R\$ 0,00 | 62 Salário-Família | R\$ 0,00 |
| 63 13º salário proporcional 05/12 avos | R\$ 870,99 | 64 13º salário exercícios anteriores | R\$ 0,00 | 65 Férias proporcionais 04/12 avos | R\$ 696,79 |
| 66 Férias vencidas | R\$ 0,00 | 68 Terço constitucional de férias | R\$ 232,26 | 69 Aviso prévio indenizado dias | R\$ 0,00 |
| 70 13º salário (aviso prévio indenizado) | R\$ 0,00 | 71 Férias (aviso prévio indenizado) | R\$ 0,00 | 95 Adicional de insalubridade | R\$ 111,47 |
| 99 Ajuste do saldo devedor | R\$ 0,00 | | | | |
| | | | | TOTAL BRUTO | R\$ 2.896,81 |

DEDUÇÕES

| Desconto | Valor | Desconto | Valor | Desconto | Valor |
|--|--------------|---------------------------|-----------|---------------------------------|---------------------|
| 100 Pensão alimentícia | R\$ 0,00 | 101 Adiantamento salarial | R\$ 0,00 | 102 Adiantamento de 13º salário | R\$ 0,00 |
| 103 Aviso prévio indenizado 30/30 dias | R\$ 2.090,37 | 106 Vale transporte | R\$ 59,12 | 112.1 Previdência social | R\$ 83,02 |
| 112.2 Previdência social - 13º salário | R\$ 65,32 | 114.1 IRRF | R\$ 98,38 | 114.2 IRRF sobre 13º salário | R\$ 0,00 |
| 115 Vale transporte não utilizado | R\$ 124,80 | | | | |
| | | | | TOTAL DEDUÇÕES | R\$ 2.521,01 |
| | | | | VALOR LÍQUIDO | R\$ 375,80 |

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convenio nº 07/2020

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|----------------------|----------------------------|---------------------|
| EMPREGADOR | | | | | |
| 01 | CNPJ/CEI | 02 | Razão Social/Nome | | |
| 09.268.215/0001-62 | | INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | | | |
| TRABALHADOR | | | | | |
| 10 | PIS/PASEP | 11 | Nome | | |
| 166.12556.25-1 | | NATAELLY TANNY GOMES PEREIRA | | | Código: 25 |
| 17 | CTPS (nº, série, UF) | 18 | CPF | 19 | Data de Nascimento |
| 035747/00406-SP | | 057.632.273-36 | 02/06/1994 | MARIA NEUDA GOMES DA SILVA | |
| CONTRATO | | | | | |
| 22 | Causa do Afastamento | | | | |
| Rescisão contratual a pedido do empregado | | | | | |
| 24 | Data de Admissão | 25 | Data do Aviso Prévio | 26 | Data de Afastamento |
| 04/05/2020 | | 16/09/2020 | 16/09/2020 | 27 | Cód. Afast. SJ1 |
| 29 | Pensão Alimentícia (%) FGTS | | | | 0,00 |
| 30 | Categoria do Trabalhador | | | | |
| 1 - Empregado | | | | | |

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia ____/____/____ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 375,80 (Trezentos e setenta e cinco reais e oitenta centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____/____/____ de _____ de _____.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
 JOÃO GILBERTO ROCHA GONÇALEZ/RG.14.054.215-2/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

| | |
|-----|---------------------|
| 156 | Informações à CAIXA |
|-----|---------------------|

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio n.º 07/2010

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 0240 / 00000034980-3 |
| Tipo de pessoa: | FÍSICA |
| Nome: | NATAELLY TANNY GOMES PEREIRA |
| CPF/CNPJ: | 057.632.273-36 |
| Valor: | R\$ 375,80 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | RESCISAO NATAELLY |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 23/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 23/09/2020 16:24:58 |

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Código da operação: | 00196777 |
| Chave de segurança: | 54FR7CYRVQH9ZR2 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2021

| | | | | |
|--|---|------------------------------|--|------------------------|
| NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: <http://www.barueri.sp.gov.br/nfe> | Data Emissão 25/09/2020 | Hora Emissão 22:51 | NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA | |
| | Código Autenticidade 272V.9452.2015.7395299-R | | Número da Nota 955512 | Série da Nota |
| | | | Número RPS 0000956970 | Série RPS 1A |

| | |
|---|---|
| Prestador de Serviços  SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA ALAMEDA ARAGUAIA , 1142 - BLOCO 03 - Andar 3° ALPHAVILLE CENTRO INDUSTR E EMPR / ALPHAVILLE CEP 06455-000 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 10.744.404/0001-43 Telefone _____ | Inscrição Municipal 4.55388-5 e-mail _____ |
|---|---|

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------|
| Nome Tomador de Serviços INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA S | | CPF/CNPJ 09.268.215/0001-62 | |
| Endereço R EMYGDIA CAMPOLIM, 131 | | Complemento CASA | |
| CEP 18047-626 | Bairro PARQUE CAMPOLIM | Cidade SOROCABA | UF SP |
| E-mail ALINE.COSTA@INCS.ORG.BR | | | |
| Qtde 1 | Descrição do Serviço ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS | Código Serviço 171208215 | Aliquota 2,00 |
| | | Valor Unitário 8,28 | Valor Total 8,28 |

| | | | |
|---|--|--|--|
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES | | | |
| BENEFICIO VT ELETRONICO 291.20 TX ADM SERV VT ELETR. 7.28 \ TX DISPONIBILIZAÇÃO DE CRÉD. 1.00 IRRF RECOLHIMENTO EFETUADO PELO EMITENTE CONF. IN/SRF 153/87 R\$0.13 SERVIÇO ENQUADRADO COMO ADMINISTRAÇÃO DE CONVÊNIO REF. AO PEDIDO N. 11580884 | | | |

| | |
|--|--|
| VALORES DE REPASSE A TERCEIROS R\$ 291,20 | Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP |
|--|--|

| | | | |
|------|-----------|--------|------|
| IRRF | PIS/PASEP | COFINS | CSLL |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | |
|----------------------------|--|---------------|
| VALOR TOTAL DA NOTA | | 299,48 |
|----------------------------|--|---------------|

| | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| Fatura Nº 956970 | Valor da Fatura R\$ R\$ 299,48 | Forma Pagamento ----- |
| Valor por Extenso duzentos e noventa e nove reais e quarenta e oito centavos | | |

| | |
|---|---|
| A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe | Código Autenticidade 272V.9452.2015.7395299-R |
|---|---|

| | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------|
| RECEBEMOS DA EMPRESA SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | Número da Nota 955512 | Série da Nota |
| Local | Data | Assinatura | |



Empresa: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (09268215000162) - Pedido: 11580884
 Tipo de ordenação: Nome de Funcionário

1) RAIZA ROSARIO DE ANDRADE (FUNCIONARIOS NOVOS)/CPF:37433593837/M:
 Tipo

| | Operadora | Linha | Dias | Total | Vlr_Unit | Vlr_Total |
|---|-----------|-------|------|-------|----------|------------------|
| 1.1) Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal (Cartão nº: 996465) (2 / dia) | - | - | 28 | 56 | R\$ 5,20 | R\$ 291,20 |
| | | | | | | Total R\$ 291,20 |

Mensagem: RAIZA FUNC NOVO A PARTIR DE 22/09_VT 22/09 A 03/11
 Eu, RAÍZA ROSARIO DE ANDRADE, recebi, nesta data, os itens indicados acima.

Data: ____/____/____ - Assinatura: _____

Empresa: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (09268215000162) - Pedido: 11580884

Resumo do Pedido por Departamento

Departamento: FUNCIONARIOS NOVOS (Total de Funcionários: 1)

| Tipo | Operadora | Linha | Total | Vlr Unit | Vlr Total |
|--|---|-------|-------|----------|-------------------|
| Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal | - | - | 56 | R\$ 5,20 | R\$ 291,20 |
| | Total Departamento FUNCIONARIOS NOVOS: | | | | R\$ 291,20 |

Resumo do Pedido

| Tipo | Operadora | Linha | Total | Vlr Unit | Vlr Total |
|--|---------------------|-------|-------|----------|-------------------|
| Consórcio 123 - Cartão São José dos Campos Municipal | - | - | 56 | R\$ 5,20 | R\$ 291,20 |
| | Total Geral: | | | | R\$ 291,20 |

Boleto registrado com sucesso.



Recibo do Pagador

| | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------|---|----------------------------------|
| Nome do Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA - 10744404000143 | | | Nosso Número 000009278641-3 | Data de Vencimento 24/09/2020 |
| Data do Documento 24/09/2020 | Numero do Documento 11580884 | Carteira 101 | Agência / Código do Beneficiário 02271/5657520 | Valor Cobrado 299,48 |
| Pagador INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09268215000162 Rua Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba /SP - CEP : | | | | |

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário)

Sr. Cliente: O pedido será liberado somente após a identificação do pagamento. A disponibilização do Crédito e a Entrega dos Cartões ou Vouchers VT (se existentes) seguirão o prazo informado para cada produto conforme o pedido feito no site www.SODEXOVTPASS.com.br. A utilização deste boleto é obrigatória para a adequada confirmação do pagamento. Depósito na conta corrente sem a devida autorização do cedente, não garante a quitação do débito. Após 30 dias da data de processamento o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido.

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | 033-7 | 03399.56575 52000.000928 78641.301011 8 83880000029948 | | | |
| Local de Pagamento Pagável em qualquer banco ou via internet, até o vencimento | | | Vencimento 24/09/2020 | | | |
| Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA - 10744404000143 | | | Agência / Código do Beneficiário 02271/5657520 | | | |
| Data do Documento 24/09/2020 | Nº do Documento 11580884 | Espécie Doc. DM | Acelte N | Data de Processamento 16/11/2020 | Nosso Número 000009278641-3 | |
| Uso do Banco | Carteira 101 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda | (=) Valor do Documento 299,48 | |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário) Sr. Cliente: O pedido será liberado somente após a identificação do pagamento. A disponibilização do Crédito e a Entrega dos Cartões ou Vouchers VT (se existentes) seguirão o prazo informado para cada produto conforme o pedido feito no site www.SODEXOVTPASS.com.br . A utilização deste boleto é obrigatória para a adequada confirmação do pagamento. Depósito na conta corrente sem a devida autorização do cedente, não garante a quitação do débito. Após 30 dias da data de processamento o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido. | | | | | (-) Desconto / Abatimento 0,00 | |
| | | | | | (-) Outras Deduções 0,00 | |
| | | | | | (+) Mora / Multa 0,00 | |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos 0,00 | |
| Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS DE INOVAÇÃO LTDA | | | | | (=) Valor Cobrado 299,48 | |
| Pagador INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09268215000162 | | | | | | |
| Endereço Rua Emygdia Campolim, 131 -Parque Campolim - Sorocaba /SP - CEP : | | | | | | |
| Sacador /Avalista | | | | | | |
| Código de Baixa | | | | | | |

Autenticação Mecânica

FICHA DE
COMPENSAÇÃO



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | |
|--|--|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 03399.56575 52000.000928 78641.301011 8 83880000029948 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| Nome/Razão Social: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| CPF/CNPJ: | 10.744.404/0001-43 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | SODEXO PASS DO BRASIL SERVICOS DE INOVAC |
| CPF/CNPJ: | 10.744.404/0001-43 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 24/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 24/09/2020 |
| Valor Nominal do Bolet: | 299,48 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 299,48 |
| Valor Pago (R\$): | 299,48 |
| Identificação do Pagamento: | VT AVULSO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 24/09/2020 14:48:30 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 068414275 |
| Chave de segurança: | 8R0LF76UJ0481P3M |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

| | | | |
|--|------------|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2631 |
| | | 4 - COMPETÊNCIA | 08/2020 |
| | | 5 - IDENTIFICADOR | 17.544.568/0001-76 |
| | | 6 - VALOR DO INSS | 1.996,90 |
| | | 7 - | |
| 1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 17.544.568/0001-76 FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MANUTENCAO EIRELI R FERNANDO COSTA 13 SANTA ISABEL SP CEP 07500-000 | | 8 - | |
| | | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| | | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 26,35 |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 24/09/2020 | 11 - TOTAL | 2.023,25 |
| ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado. | | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | |

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

| | | | |
|--|------------|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2631 |
| | | 4 - COMPETÊNCIA | 08/2020 |
| | | 5 - IDENTIFICADOR | 17.544.568/0001-76 |
| | | 6 - VALOR DO INSS | 1.996,90 |
| | | 7 - | |
| 1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 17.544.568/0001-76 FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MANUTENCAO EIRELI R FERNANDO COSTA 13 SANTA ISABEL SP CEP 07500-000 | | 8 - | |
| | | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| | | 10 - ATM/MULTA E JUROS | 26,35 |
| 2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) | 24/09/2020 | 11 - TOTAL | 2.023,25 |
| ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado. | | AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA | |

RETENÇÕES SERV. MÉDICOS 08.2020

| Dia | Nota | Valor contábil | Valor serviço | Fornecedor | CNPJ/CPF | PIS |
|-----|--------|----------------|---------------|-----------------|--------------------|--------|
| 4 | 900126 | 71787 | 71787 | CDC - DIAGNOSTI | 17.031.112/0001-02 | 466,61 |
| 10 | 34 | 1932 | 1932 | TAMAROZZI SERVI | 29.165.605/0001-14 | 12,56 |
| 10 | 23 | 10212 | 10212 | JO & D SERVICOS | 29.136.664/0001-64 | 66,38 |
| 10 | 4 | 11040 | 11040 | MFSO SERVICOS M | 37.333.298/0001-61 | 71,76 |
| 11 | 57 | 2760 | 2760 | CAIJ ASSESSORIA | 24.476.740/0001-67 | 17,94 |
| 11 | 93 | 17802 | 17802 | INFANT CLINICA | 22.125.747/0001-09 | 115,71 |
| 12 | 57 | 6900 | 6900 | DRA PRISCILLA A | 19.942.579/0001-30 | 44,85 |

RETENÇÕES 08.2020.

| Dia | Nota | Valor contábil | Valor serviço | Fornecedor | CNPJ/CPF | PIS |
|-----|------|----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----|
| 31 | 1058 | 20000,63 | 20000,63 | FACILITTA SERVI | 17.544.568/0001-76 | 0 |

| COFINS | CSLL | TOTAL | IRRF | ISS | INSS |
|---------|--------|----------------|----------------|-------------|-------------|
| 2153,61 | 717,87 | 3338,09 | 1076,81 | 0,00 | 0,00 |
| 57,96 | 19,32 | 89,84 | 28,98 | 0,00 | 0,00 |
| 306,36 | 102,12 | 474,86 | 153,18 | 0,00 | 0,00 |
| 331,20 | 110,40 | 513,36 | 165,60 | 0,00 | 0,00 |
| 82,80 | 27,60 | 128,34 | 41,40 | 0,00 | 0,00 |
| 534,06 | 178,02 | 827,79 | 267,03 | 0,00 | 0,00 |
| 207,00 | 69,00 | 320,85 | 103,50 | 0,00 | 0,00 |
| | | 5693,13 | 1836,50 | 0,00 | 0,00 |

| COFINS | CSLL | TOTAL | IRRF | ISS | INSS |
|--------|------|-------|------|----------------|----------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1000,03 | 1996,90 |

**2ª Via - Comprovante de pagamento de Guia da Previdência Social
Via Internet Banking CAIXA**

Documento pago dentro das condições definidas pela portaria MPAS NR. 375, de 25/01/2001

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| Conta de débito: | 2757 / 003 / 00002758-4 |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO NACIONAL - INSS</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p> | 03- CÓDIGO DE PAGAMENTO | 2631 |
| | 04- COMPETÊNCIA | 08/2020 |
| | 05- IDENTIFICADOR | 17544568000176 |
| 01- NOME OU RAZÃO SOCIAL/ENDEREÇO/FONE FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MANU | 06- VALOR DO INSS | 1.996,90 |
| | 07- | |
| | 08- | |
| 02- VENCIMENTO (Uso Exclusivo INSS) | 09- VALOR DE OUTRAS ENTIDADES | 0,00 |
| <p align="center">ATENÇÃO</p> <p>É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p> | 10- ATM/MULTA E JUROS | 26,35 |
| | 11- VALOR TOTAL | 2.023,25 |
| | | 12- AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA CEFIC 24092020 275700300002758 876121 |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Identificação da operação: | GPS FACILITTA NF 1058 |
| Data/hora da operação: | 24/09/2020 15:43:19 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00876121 |
| Chave de segurança: | PLU35KVUF8608P7Y |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos Convênio nº 2020



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
 Secretaria Municipal da Fazenda
 Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>



Série do Documento
 Nota Fiscal de Serviço
 Eletrônica - NFS-e

3 R Treinamento e Apoio Administrativo Ltda
3 R Administracao

Avenida Paranapanema, 1343 - Sumarezinho
 CEP 14051-290 - Fone 41991062708 - Ribeirão Preto - SP
 contabilidade6@hygeasaude.com.br
 Inscrição Municipal 13882101 - CPF/CNPJ 10.756.129/0001-88

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

| | | | | |
|---|--------------|--|---|------------------------------------|
| Natureza da Operação Tributação no município | | Data de Emissão da NFS-e 31/08/2020 13:34:21 | Código de Verificação de Autenticidade 63 F1 7C | Número da Nota Fiscal 11 |
| Número do RPS | Serie do RPS | Data de Emissão do RPS | | |
| Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online | | | | |

Dados do Tomador de Serviços

| | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62 | Inscrição Municipal | Razão Social INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | | |
| Endereço Rua Emygdia Campolim | Número 131 | Complemento | Bairro Parque Campolim | |
| CEP 18047-626 | Cidade / UF Sorocaba / SP | Telefone | e-mail CONTATO@INCS.ORG.BR | |

Local dos Serviços

Ribeirão Preto - São Paulo

Descrição dos Serviços

Prestação de serviços de estrutura administrativa de apoio contábil, realizado pelos sócios.

VENCIMENTO - 05/09/2020

BANCO ITAU AG 6621
 C/C 26044-4

- 1) Empresa é optante pelo SIMPLES, não há retenção de nenhum imposto (LC 123/2006)
- 2) Vai informado na NF que o serviço é executado pelo próprio sócio, o que desobriga a contratante da retenção do INSS (IN-971/09 - Art.120, III, §2o e §3o)

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN

| | | | | | | |
|--|--|--|---|------------------------------------|----------------------------|--|
| Atividade do Município 171901 - Contabilidade. | Alíquota 2,00 | Item da LC116/2003 802 | Cód. Nacional Atividade Econômica 8599604 | | | |
| Valor Total dos Serviços R\$ 2.000,00 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 2.000,00 | Total do ISSQN R\$ 40,00 | ISSQN Retido Não | Desconto Condicionado R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | | |
|------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| PIS R\$ 0,00 | COFINS R\$ 0,00 | INSS R\$ 0,00 | IRRF R\$ 0,00 | CSLL R\$ 0,00 | Outras Retenções R\$ 0,00 | ISSQN R\$ 0,00 |
|------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|

Valor Líquido da Nota Fiscal

R\$ 2.000,00

Informações Complementares

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI." .

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 6621 / 00000026044-4 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | 3R TREINAMENTO E APOIO ADMINISTRATIVO |
| CPF/CNPJ: | 10.756.129/0001-88 |
| Valor: | R\$ 2.000,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 11 3R |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 30/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 30/09/2020 16:16:52 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00168294 |
| Chave de segurança: | 66S8Z2Y3RS0WETQU |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 07/2021



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
 Secretaria Municipal da Fazenda
 Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>



Série do Documento
 Nota Fiscal de Serviço
 Eletrônica - NFS-e

3 R Treinamento e Apoio Administrativo Ltda
3 R Administracao

Avenida Paranapanema, 1343 - Sumarezinho
 CEP 14051-290 - Fone 41991062708 - Ribeirão Preto - SP
 contabilidade6@hygeasaude.com.br
 Inscrição Municipal 13882101 - CPF/CNPJ 10.756.129/0001-88

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

| | | | | |
|--|--------------|--|---|------------------------------------|
| Natureza da Operação Tributação no município | | Data de Emissão da NFS-e 31/08/2020 13:35:51 | Código de Verificação de Autenticidade 7C ED D7 | Número da Nota Fiscal 12 |
| Número do RPS | Serie do RPS | Data de Emissão do RPS | | |
| Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online | | | | |

Dados do Tomador de Serviços

| | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--|-------------------------------|--|
| CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62 | Inscrição Municipal | Razão Social INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE | | |
| Endereço Rua Emygdia Campolim | Número 131 | Complemento | Bairro Parque Campolim | |
| CEP 18047-626 | Cidade / UF Sorocaba / SP | Telefone | e-mail CONTATO@INCS.ORG.BR | |

Local dos Serviços

Ribeirão Preto - São Paulo

Descrição dos Serviços

Prestação de serviços de estrutura administrativa de apoio em RH.

VENCIMENTO - 05/09/2020

BANCO ITAU AG 6621
 C/C 26044-4

1) Empresa é optante pelo SIMPLES, não há retenção de nenhum imposto (LC 123/2006)

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Atividade do Município 171901 - Contabilidade. | Alíquota 2,00 | Item da LC116/2003 802 | Cód. Nacional Atividade Econômica 8599604 | | | |
| Valor Total dos Serviços R\$ 900,00 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 900,00 | Total do ISSQN R\$ 18,00 | ISSQN Retido Não | Desconto Condicionado R\$ 0,00 |

Retenções de Impostos

| | | | | | | |
|-----------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|-------------------|
| PIS R\$ 0,00 | COFINS R\$ 0,00 | INSS R\$ 0,00 | IRRF R\$ 0,00 | CSLL R\$ 0,00 | Outras Retenções R\$ 0,00 | ISSQN R\$ 0,00 |
|-----------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|-------------------|

Valor Líquido da Nota Fiscal

R\$ 900,00

Informações Complementares

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI." .

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 2757 / 003 / 00002758-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INCS - I N DE CIENCIAS DA SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 09.268.215/0001-62 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 6621 / 00000026044-4 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | 3R TREINAMENTO E APOIO ADMINISTRATIVO |
| CPF/CNPJ: | 10.756.129/0001-88 |
| Valor: | R\$ 900,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | NF 12 3R |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 30/09/2020 |
| Data / Hora da operação: | 30/09/2020 16:17:19 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00168529 |
| Chave de segurança: | KCVQCHCCA66AZ41X |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Estas despesas foram pagas com recursos da P.M de São José dos Campos - Convênio nº 072/2020