

|                                                                                                                                                         |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prefeitura Municipal de Contagem - MG</b><br><b>Nota Fiscal Eletrônica de Serviços</b><br>Número do RPS: 59664<br>Data de Emissão do RPS: 03/08/2024 | Número da Nota<br><b>54549</b><br>Data de Emissão<br>03/08/2024<br>Código de Verificação<br>DGXPHUWMJ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Dados do Prestador de Serviços</b>                                                                                                       |  |
| <b>Clinica Medica e Odontologica Alpha Eldorado LTDA</b>                                                                                    |  |
|                                                             |  |
| Av Joao Cesar de Oliveira, Eldorado, 1270<br>CEP 32310-000 Telefone (31) 99574-4942<br>Inscrição Municipal 72096850 CNPJ 31.659.338/0001-83 |  |

|                                     |                            |                                                                            |                                  |  |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b> |                            |                                                                            |                                  |  |
| CNPJ/CPF<br>07.732.106/0001-29      | Inscrição Municipal        | Razão Social/Nome Fantasia<br>INSTITUTO SOCIO ASSISTENCIAL AMIGOS DA SAUDE |                                  |  |
| Endereço<br>Rua Santa Ana           | Número<br>406              | Complemento                                                                | Bairro<br>Jardim Bandeirantes    |  |
| CEP<br>32371-080                    | Cidade / UF<br>Contagem/MG | Telefone                                                                   | e-mail<br>financeiro@rhac.com.br |  |

| Descrição dos Serviços                                                                 |      |                |               |              |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|---------------|--------------|------|------|
| Descrição                                                                              | Qtde | Valor Unitário | Valor Serviço | Base Cálculo | (%)  | ISS  |
| Referente aos atendimentos realizados em medicina ocupacional no mês de Julho de 2024. | 1,00 | 80,00          | 80,00         | 80,00        | 2,00 | 1,60 |

|                                                                                                                                                                                          |                                 |                       |                       |                        |                      |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------|
| <b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN</b>                                                                                                                               |                                 |                       |                       |                        |                      |                               |
| Descrição Serviço<br>4.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres |                                 |                       | Alíquota<br>2,00      | CNAE<br>8630502        |                      |                               |
| Valor Total dos Serviços<br>80,00                                                                                                                                                        | Desconto Incondicionado<br>0,00 | Deduções Base<br>0,00 | Base Cálculo<br>80,00 | Total do ISSQN<br>1,60 | ISSQN Retido<br>0,00 | Desconto Condicionado<br>0,00 |

|                              |                |              |              |              |                          |               |
|------------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|---------------|
| <b>Retenções de Impostos</b> |                |              |              |              |                          |               |
| PIS<br>0,00                  | COFINS<br>0,00 | INSS<br>0,00 | IRRF<br>0,00 | CSLL<br>0,00 | Outras Retenções<br>0,00 | ISSQN<br>0,00 |

|                                   |       |                              |       |
|-----------------------------------|-------|------------------------------|-------|
| <b>Valor Total da Nota Fiscal</b> | 80,00 | <b>Valor Líquido da Nota</b> | 80,00 |
|-----------------------------------|-------|------------------------------|-------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Informações Complementares</b><br>**Valor aprox. dos tributos: R\$ 0,00 federal(0,00%), R\$ 0,00 estadual(0,00%), R\$ 0,00 municipal(0,00%). Fonte: IBPT**<br>Natureza da operação: 1 Tributação no município<br>Local da prestação do serviço: Contagem<br>Situação desta NFS-e: Autorizada<br>Regime especial de tributação: Inexistente<br>Alíquota do ISS: 2,00% |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                     |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Atesto que o serviço foi prestado e/ou material fornecido                           |              |
| Elaine do Rêgo                                                                      | 101257886-90 |
| 01º Responsável                                                                     | CI ou CPF    |
|  | 141110585-98 |
| 02º Responsável                                                                     | CI ou CPF    |



## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3370709163440921  
07/08/2024 09:22:3607/08/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:22:39  
281802818 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO S A A SAUDE  
AGENCIA: 2818-5 CONTA: 53.797-7

CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED

13696321020055601011400000185603998080000000000

BENEFICIARIO:

CLINICA MEDICA E ODONTOLOGICA

NOME FANTASIA:

BIG DOCTOR

CNPJ: 31.659.338/0001-83

BENEFICIARIO FINAL:

CLINICA MEDICA E ODONTOLOGICA ALPHA

CNPJ: 31.659.338/0001-83

PAGADOR:

INSTITUTO SOCIO ASSISTENCIAL AMIGOS

CNPJ: 07.732.106/0001-29

NR. DOCUMENTO 80.701

DATA DE VENCIMENTO 14/08/2024

DATA DO PAGAMENTO 07/08/2024

VALOR DO DOCUMENTO 80,00

VALOR COBRADO 80,00

NR. AUTENTICACAO 3.C08.535.A4E.200.3AF

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,  
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JH344971 GABRIELA PERES DINIZ

Saudé

Recibo do Pagador



136-8

13696.32102 00556.010114 00000.185603 9 98080000008000

|                                                                                                                                                          |                               |                                                 |                             |                   |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------------|
| Beneficiário: CLINICA MEDICA E ODONTOLOGICA ALPHA ELDORAD - 031659338000183<br>AVENIDA JOAO CESAR DE OLIVEIRA, 1270 - TERREO - CONTAGEM / MG - 32310-000 |                               | Agência / Cód. Beneficiário<br>6321-5/0556010-1 | Espécie<br>R\$              | Quantidade        | Nosso número<br>021/1000001856-0 |
| Número do documento<br>54549                                                                                                                             | CPF / CNPJ<br>031659338000183 | Vencimento<br>14/08/2024                        | Valor do documento<br>80,00 |                   |                                  |
| (-) Desconto/abatimento                                                                                                                                  | (-) Outras deduções           | (+) Mora/Multa                                  | (+) Outros acréscimos       | (=) Valor cobrado |                                  |

Pagador: INSTITUTO SOCIO ASSISTENCIAL AMIGOS DA - CNPJ 007732106000129  
R STA ANA, 406 - JARDIM BANDEIRANTES, CONTAGEM / MG - 32371-680

Autenticação mecânica



136-8

13696.32102 00556.010114 00000.185603 9 98080000008000

|                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                                              |             |                                  |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------|------------------------------|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer banco                                                                                                                                                                                                |                          | SAC Unicred 0800 541 2838<br>Ouvidoria Unicred 0800 948 8802 |             | Vencimento<br>14/08/2024         |                              |
| Beneficiário: CLINICA MEDICA E ODONTOLOGICA ALPHA ELDORAD - 031659338000183<br>AVENIDA JOAO CESAR DE OLIVEIRA, 1270 - TERREO - CONTAGEM / MG - 32310-000                                                                                       |                          | Agência / Código Beneficiário<br>6321-5/0556010-1            |             | Nosso número<br>021/1000001856-8 |                              |
| Data do Documento<br>06/08/2024                                                                                                                                                                                                                | Nº do Documento<br>54549 | Espécie doc.<br>DM                                           | Assile<br>N | Data processamento<br>06/08/2024 |                              |
| Uso do Banco<br>5650                                                                                                                                                                                                                           | Carteira<br>021          | Espécie<br>R\$                                               | Quantidade  | Valor                            | (=) Valor documento<br>80,00 |
| <p>Instruções</p> <p>Após o vencimento: Mora Diária de 0.07%</p> <p>Após o vencimento, multa de 5.00%</p> <p>Controle participante: 1000001856</p> <p>MEDICINA OCUPACIONAL JULHO 2024</p> <p>PROTESTO AUTOMATICO APOS 5 DIAS DE VENCIMENTO</p> |                          |                                                              |             |                                  | (-) Desconto / Abatimento    |
|                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                                              |             |                                  | (-) Outras Deduções          |
|                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                                              |             |                                  | (+) Mora / Multa             |
|                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                                              |             |                                  | (+) Outros Acréscimos        |
|                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                                              |             |                                  | (=) Valor Cobrado            |

Pagador:  
INSTITUTO SOCIO ASSISTENCIAL AMIGOS DA - CNPJ 007732106000129  
R STA ANA, 406 - JARDIM BANDEIRANTES  
CONTAGEM / MG - 32371-680

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada





Avenida João César de Oliveira, 1270, Térreo, Eldorado, CEP 32310-000, Contagem - MG  
 CNPJ: 31.659.338/0001-93 - (31) 97123-8777, (31) 2115-8777

Lista detalhada sobre os agendamentos entre as datas 01/07/2024 e 31/07/2024.

Tipo de consulta Todos

| Finalizado            |                             |                                          |                                             |                                           |                                                        |                                                             |                |                                 |          | Valores     |  |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|----------|-------------|--|
| Situação / Código     | Data                        | Criado por                               | Alterado por                                | Paciente                                  | Profissional/Especialidade                             | Plano Conv.                                                 | Agenda         | Procedimentos                   | Paciente | Plano Conv. |  |
| Faturado<br>#69967654 | 01/07/2024<br>08:40 - 08:55 | MARIANA<br>EDWIRGES<br>CAETANO<br>LIMA   | Francisco<br>Americo<br>Boaventura<br>Leite | SAYURI TOBA<br>VIEIRA<br>#64626           | Francisco Americo Boaventura<br>Leite<br>Clinica Geral | INSTITUTO SOCIO<br>ASSISTENCIAL<br>AMIGOS DA<br>SAUDE (Sim) | Consultorio 04 | Clinico Medicina do<br>Trabalho | 0,00     | 40,00       |  |
| Faturado<br>#71556097 | 30/07/2024<br>08:30 - 08:42 | EMANUELLE<br>CRISTINA<br>PEDRO<br>SANDIM | Cristiano<br>Silveira<br>Boaventura         | ELAINE DO<br>PRADO<br>RODRIGUES<br>#66053 | Cristiano Silveira Boaventura                          | INSTITUTO SOCIO<br>ASSISTENCIAL<br>AMIGOS DA<br>SAUDE (Sim) | Agenda Externa | Clinico Medicina do<br>Trabalho | 0,00     | 40,00       |  |
| Total Finalizado: 2   |                             |                                          |                                             |                                           |                                                        |                                                             |                |                                 |          |             |  |
| Totais Finalizados    |                             |                                          |                                             |                                           |                                                        |                                                             |                |                                 | 0,00     | 80,00       |  |
| Total Geral: 2        |                             |                                          |                                             |                                           |                                                        |                                                             |                |                                 |          |             |  |
| Totais Gerais         |                             |                                          |                                             |                                           |                                                        |                                                             |                |                                 | 0,00     | 80,00       |  |