

# PRESTAÇÃO DE CONTAS

## 1º ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO

FMDCA Nº 06/2023

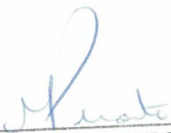
1ª PARCELA

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o recurso no valor de **R\$ 83.375,79**, relativo à parcela nº 1, do 1º Aditivo ao Termo de Colaboração FMDCA nº 13/2021, firmado com o Município de Balneário Camboriú, foi depositado em **06/02/2025**, conforme extrato constante da destinava, tendo sido escriturado nos registros contábeis do Núcleo Assistencial Humberto de Campos, permanecendo à disposição dos órgãos de fiscalização e auditoria para os exames que se fizerem necessários.

Outrossim, declaro ainda, que a documentação comprobatória da realização das despesas não foi utilizada em mais de um convênio/acordo/ajustes.

E, para que produza os devidos efeitos, passo a presente declaração aos **12 dias de fevereiro do ano 2025**.

  
**MARILDA APARECIDA BRUSE**  
**PRESIDENTE DO NAHC**



Balneário Camboriú, 12 de fevereiro de 2025.

ILMO.SR.

Gestor do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente/CMDCA

Cumprimento-o cordialmente, vimos, mui respeitosamente, encaminhar a Vossa senhoria a **prestação de contas** do Núcleo Assistencial Humberto de Campos – NAHC, referente ao recebimento da **primeira parcela** do **1º aditivo ao termo de colaboração FMDCA nº 06/2023**, firmando entre esta instituição e a Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú (Lei nº 3.104/2010).

  
MARILDA APARECIDA BRUSE  
PRESIDENTE DO NAHC

06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 17:16:41  
527105271 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC

AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

DATA DA TRANSFERENCIA 06/02/2025

NR. DOCUMENTO 170.305.510.028.344

VALOR TOTAL 4.943,01

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CARLA MAGNO BONFA

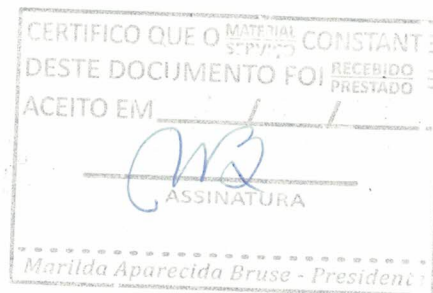
AGENCIA: 0305-0 CONTA: 510.028.344-7

VARIACAO DA POUPANCA 51

NR. DOCUMENTO 175.271.000.005.719

NR.AUTENTICACAO 1.1D7.094.7D9.EF3.64A

Creditos a partir de 04 05 2012 estao  
disciplinados pela Lei 12.703.



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| Nr Recibo                 | Nr Talão |
|                           |          |
| Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| 76.708.098/0001-06        |          |

Nome ou razão social da empresa  
NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de em 01/2025 a importância de R\$ 4.943,01 conforme discriminativo abaixo.

(Quatro Mil Novecentos e Quarenta e Tres Reais e Um Centavo)

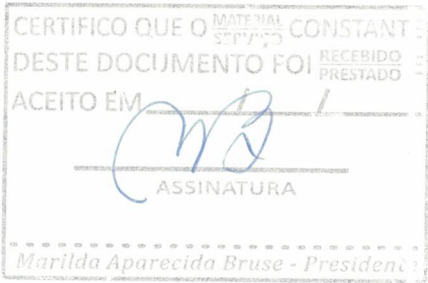
|                                                                                                                                                                |                   |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                  | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 6.272,00                                                                                                                                                       | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                    | Saldo             |                         |
|                                                                                                                                                                |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                     |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra ( % do Frete). O resultado corresponderá ao Reembolso, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 140.55549.72.1                                                                                                                             |                   |                         |
| Nro. do CPF : 513.873.870-49                                                                                                                                   |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                      | Conselho Regional |                         |
| 5037596441                                                                                                                                                     | 12/07166          |                         |
| Localidade                                                                                                                                                     | Data              |                         |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                             | / /               |                         |

|                                  |     |          |
|----------------------------------|-----|----------|
| Especificação                    | R\$ | 6.272,00 |
| I Valor do Serviço Prestado...   | R\$ | 0,00     |
| II Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 6.272,00 |
| SOMA                             | R\$ | 6.272,00 |
| Descontos                        | R\$ | 689,92   |
| III Inss Contribuinte Individual | R\$ | 639,07   |
| IV I.R.                          | R\$ | 0,00     |
| V                                | R\$ | 0,00     |
| VI                               | R\$ | 0,00     |
| VII                              | R\$ | 0,00     |
| VIII                             | R\$ | 0,00     |
| SOMA                             | R\$ | 1.328,99 |
| Valor Líquido                    | R\$ | 4.943,01 |

Assinatura

Nome Completo

ANA CARLA MAGNO BONFA



06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

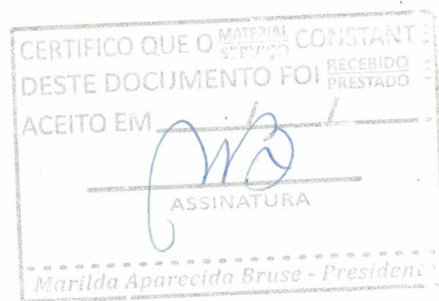
CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

DATA DA TRANSFERENCIA 06/02/2025  
NR. DOCUMENTO 551.489.000.049.806  
VALOR TOTAL 1.111,24

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE INES DE OLIVEIRA  
AGENCIA: 1489-3 CONTA: 49.806-8  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719

NR.AUTENTICACAO 8.0B1.645.0CC.1BF.72A



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |                           |          |
|----------------------------------------|---------------------------|----------|
|                                        | Nr Recibo                 | Nr Talão |
| Nome ou razão social da empresa        | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

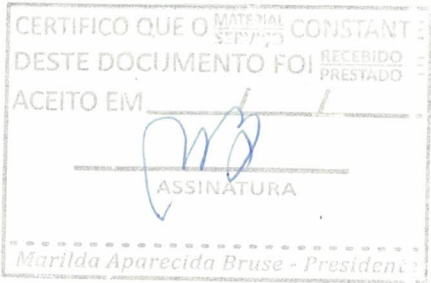
em 01/2025 a importância de R\$ 1.111,24  
conforme discriminativo abaixo.

|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| (Um Mil Cento e Onze Reais e Vinte e Quatro Centavos)                                                                                                                             |                   |                         |
| Valor Serviço                                                                                                                                                                     | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 1.372,00                                                                                                                                                                          | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                                       |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                                        |                   |                         |
| Aplicar      % sobre o valor da mão-de-obra<br>(      % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 131.52700.72.4                                                                                                                                                |                   |                         |
| Nro. do CPF : 389.976.149-91                                                                                                                                                      |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                                         | Conselho Regional |                         |
| 3.620.027-8                                                                                                                                                                       |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                                        |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                                |                   | / /                     |

|               |                               |     |          |
|---------------|-------------------------------|-----|----------|
| Especificação |                               |     |          |
| I             | Valor do Serviço Prestado...  | R\$ | 1.372,00 |
| II            | Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 1.372,00 |
| Descontos     |                               |     |          |
| III           | Inss Contribuinte Individual  | R\$ | 150,92   |
| IV            | I.R.                          | R\$ | 109,84   |
| V             |                               | R\$ | 0,00     |
| VI            |                               | R\$ | 0,00     |
| VII           |                               | R\$ | 0,00     |
| VIII          |                               | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 260,76   |
|               | Valor Líquido                 | R\$ | 1.111,24 |

Assinatura

Nome Completo  
MARILENE INES DE OLIVEIRA



06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 06/02/2025          |
| NR. DOCUMENTO         | 552.389.000.018.989 |
| VALOR TOTAL           | 3.532,72            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ALEXANDRE TOLACHINSKI SCH  
AGENCIA: 2389-2 CONTA: 18.989-8  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 7.81A.FEE.64A.581.423 |
|-----------------|-----------------------|

|                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| CERTIFICO QUE O MATERIAL CONSTANT                                                   |  |
| DESTE DOCUMENTO FOI RECEBIDO PRESTADO                                               |  |
| ACEITO EM                                                                           |  |
|  |  |
| ASSINATURA                                                                          |  |
| Marilda Aparecida Bruse - Presidente                                                |  |



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |                           |          |
|----------------------------------------|---------------------------|----------|
|                                        | Nr Recibo                 | Nr Talão |
| Nome ou razão social da empresa        | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de **R\$ 3.532,72**  
conforme discriminativo abaixo.

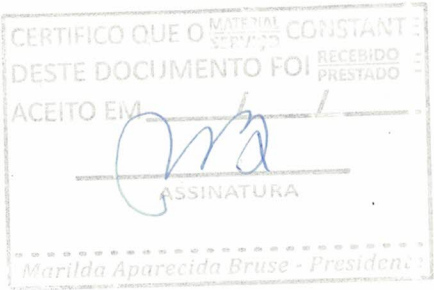
(Tres Mil Quinhentos e Trinta e Dois Reais e Setenta e Dois Centavos)

|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                                     | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 4.144,00                                                                                                                                                                          | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                                       |                   | Saldo                   |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                                        |                   |                         |
| Aplicar      % sobre o valor da mão-de-obra<br>(      % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. :      .      .      .                                                                                                                                          |                   |                         |
| Nro. do CPF : 094.045.949-38                                                                                                                                                      |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                                         | Conselho Regional |                         |
| 4.961.623                                                                                                                                                                         |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                                        |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                                |                   | / /                     |

|               |                               |     |          |
|---------------|-------------------------------|-----|----------|
| Especificação |                               |     |          |
| I             | Valor do Serviço Prestado...  | R\$ | 4.144,00 |
| II            | Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 4.144,00 |
| Descontos     |                               |     |          |
| III           | Inss Contribuinte Individual  | R\$ | 455,84   |
| IV            | I.R.                          | R\$ | 155,44   |
| V             |                               | R\$ | 0,00     |
| VI            |                               | R\$ | 0,00     |
| VII           |                               | R\$ | 0,00     |
| VIII          |                               | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 611,28   |
|               | Valor Líquido                 | R\$ | 3.532,72 |

|            |
|------------|
| Assinatura |
|------------|

|                                   |
|-----------------------------------|
| Nome Completo                     |
| ALEXANDRE TOLACHINSKI SCHAFASCHEK |



06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 06/02/2025          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.403.000.013.367 |
| VALOR TOTAL           | 1.285,68            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: GIORDANO DA SILVA CARNIEL  
AGENCIA: 3403-7 CONTA: 13.367-1  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719  
=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | D.F93.1CB.A00.78C.B17 |
|------------------|-----------------------|

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| CERTIFICO QUE O MATERIAL                                                            | CONSTANTE |
| DESTE DOCUMENTO FOI                                                                 | RECEBIDO  |
| ACEITO EM                                                                           | PRESTADO  |
|  |           |
| ASSINATURA                                                                          |           |
| Marilda Aparecida Bruse - Presidente                                                |           |

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |                           |          |
|----------------------------------------|---------------------------|----------|
|                                        | Nr Recibo                 | Nr Talão |
| Nome ou razão social da empresa        | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de **R\$ 1.285,68**  
conforme discriminativo abaixo.

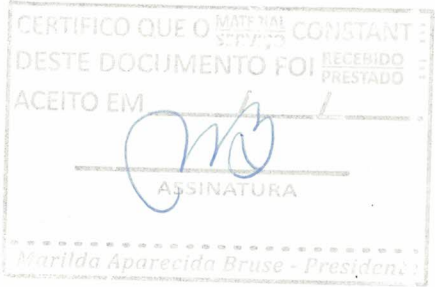
(Um Mil Duzentos e Oitenta e Cinco Reais e Sessenta e Oito Centavos)

|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                                     | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 1.568,00                                                                                                                                                                          | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                                       |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                                        |                   |                         |
| Aplicar      % sobre o valor da mão-de-obra<br>(      % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 204.31870.68.8                                                                                                                                                |                   |                         |
| Nro. do CPF : 005.479.970-86                                                                                                                                                      |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                                         | Conselho Regional |                         |
| 5093675352                                                                                                                                                                        |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                                        |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                                |                   | / /                     |

|                                  |     |          |
|----------------------------------|-----|----------|
| Especificação                    |     |          |
| I Valor do Serviço Prestado...   | R\$ | 1.568,00 |
| II Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00     |
| SOMA                             | R\$ | 1.568,00 |
| Descontos                        |     |          |
| III Inss Contribuinte Individual | R\$ | 172,48   |
| IV I.R.                          | R\$ | 109,84   |
| V                                | R\$ | 0,00     |
| VI                               | R\$ | 0,00     |
| VII                              | R\$ | 0,00     |
| VIII                             | R\$ | 0,00     |
| SOMA                             | R\$ | 282,32   |
| Valor Líquido                    | R\$ | 1.285,68 |

Assinatura

Nome Completo  
GIORDANO DA SILVA CARNIEL



06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

DATA DA TRANSFERENCIA 06/02/2025  
NR. DOCUMENTO 554.295.000.032.519  
VALOR TOTAL 1.086,32

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: SANDRA A FIORENTIN  
AGENCIA: 4295-1 CONTA: 32.519-8  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719

NR. AUTENTICACAO 3.409.D10.EE7.726.BCC

|                                               |                |
|-----------------------------------------------|----------------|
| CERTIFICO QUE O MATERIAL CONSTANT             |                |
| DESTE DOCUMENTO FOI RECEBIDO PRESTADO         |                |
| ACEITO EM                                     | ____/____/____ |
| ASSINATURA                                    |                |
| _____<br>Marilda Aparecida Bruse - Presidente |                |

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |  |                           |          |
|----------------------------------------|--|---------------------------|----------|
|                                        |  | Nr Recibo                 | Nr Talão |
| Nome ou razão social da empresa        |  | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS |  | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de R\$ 1.086,32  
conforme discriminativo abaixo.

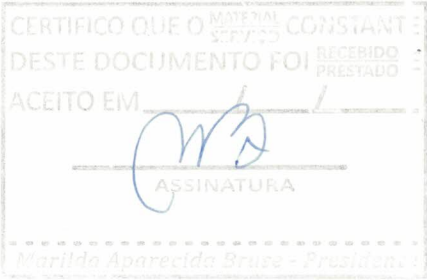
(Um Mil e Oitenta e Seis Reais e Trinta e Dois Centavos)

|                                                                                                                                                                |                   |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                  | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 1.344,00                                                                                                                                                       | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                    |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                     |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra ( % do Frete). O resultado corresponderá ao Reembolso, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 210.51119.38.5                                                                                                                             |                   |                         |
| Nro. do CPF : 080.812.239-83                                                                                                                                   |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                      | Conselho Regional |                         |
| 51186209                                                                                                                                                       |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                     |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                             |                   | / /                     |

|               |                               |     |          |
|---------------|-------------------------------|-----|----------|
| Especificação |                               |     |          |
| I             | Valor do Serviço Prestado...  | R\$ | 1.344,00 |
| II            | Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 1.344,00 |
| Descontos     |                               |     |          |
| III           | Inss Contribuinte Individual  | R\$ | 147,84   |
| IV            | I.R.                          | R\$ | 109,84   |
| V             |                               | R\$ | 0,00     |
| VI            |                               | R\$ | 0,00     |
| VII           |                               | R\$ | 0,00     |
| VIII          |                               | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 257,68   |
|               | Valor Líquido                 | R\$ | 1.086,32 |

Assinatura

Nome Completo  
SANDRA APARECIDA FIORENTIN



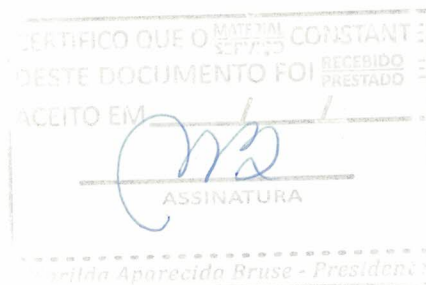
06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 06/02/2025          |
| NR. DOCUMENTO         | 555.271.000.008.080 |
| VALOR TOTAL           | 5.789,58            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: MANUELA FATIMA A P DUARTE  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 8.080-2  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719  
=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 2.33B.A0E.458.143.F68 |
|------------------|-----------------------|



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |  | Nr Recibo                 | Nr Talão |
|----------------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Nome ou razão social da empresa        |  | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS |  | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de **R\$ 5.789,58**  
conforme discriminativo abaixo.

(Cinco Mil Setecentos e Oitenta e Nove Reais e Cinquenta e Oito Centavos)

| Valor Serviço                                                                                                                                                           | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| 7.584,00                                                                                                                                                                | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                             |                   | Saldo                   |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                              |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra<br>( % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 132.86081.72.7                                                                                                                                      |                   |                         |
| Nro. do CPF : 931.241.630-87                                                                                                                                            |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                               | Conselho Regional |                         |
| Localidade                                                                                                                                                              |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                      |                   | / /                     |

| Especificação |                               |     |          |
|---------------|-------------------------------|-----|----------|
| I             | Valor do Serviço Prestado...  | R\$ | 7.584,00 |
| II            | Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 7.584,00 |
| Descontos     |                               |     |          |
| III           | Inss Contribuinte Individual  | R\$ | 834,24   |
| IV            | I.R.                          | R\$ | 960,18   |
| V             |                               | R\$ | 0,00     |
| VI            |                               | R\$ | 0,00     |
| VII           |                               | R\$ | 0,00     |
| VIII          |                               | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 1.794,42 |
|               | Valor Líquido                 | R\$ | 5.789,58 |

|            |
|------------|
| Assinatura |
|------------|

|                                         |
|-----------------------------------------|
| Nome Completo                           |
| MANUELA DE FATIMA ALMEIDA PESSOA DUARTE |





07/02/2025, 09:15

06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

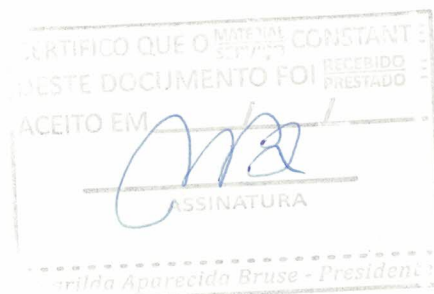
CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

DATA DA TRANSFERENCIA 06/02/2025  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.010.325  
VALOR TOTAL 3.094,64

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATASHA BALARDIN  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 10.325-X  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719

NR.AUTENTICACAO F.694.E67.9AC.EF9.4A2



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| Nr Recibo                 | Nr Talão |
|                           |          |
| Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| 76.708.098/0001-06        |          |

Nome ou razão social da empresa

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

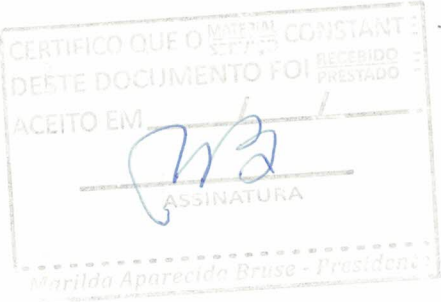
em 01/2025 a importância de R\$ 3.094,64  
conforme discriminativo abaixo.

(Tres Mil e Noventa e Quatro Reais e Sessenta e Quatro Centavos)

|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                           | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 3.552,00                                                                                                                                                                | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                             |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                              |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra<br>( % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 203.27028.17.8                                                                                                                                      |                   |                         |
| Nro. do CPF : 077.830.699-24                                                                                                                                            |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                               | Conselho Regional |                         |
|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                              | Data              |                         |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                      | / /               |                         |

|                                  |     |          |
|----------------------------------|-----|----------|
| Especificação                    | R\$ | 3.552,00 |
| I Valor do Serviço Prestado...   | R\$ | 0,00     |
| II Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 3.552,00 |
| SOMA                             | R\$ |          |
| Descontos                        | R\$ | 390,72   |
| III Inss Contribuinte Individual | R\$ | 66,64    |
| IV I.R.                          | R\$ | 0,00     |
| V                                | R\$ | 0,00     |
| VI                               | R\$ | 0,00     |
| VII                              | R\$ | 0,00     |
| VIII                             | R\$ | 457,36   |
| SOMA                             | R\$ |          |
| Valor Líquido                    | R\$ | 3.094,64 |

|                  |
|------------------|
| Assinatura       |
|                  |
| Nome Completo    |
| NATASHA BALARDIN |



07/02/2025, 09:15

06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

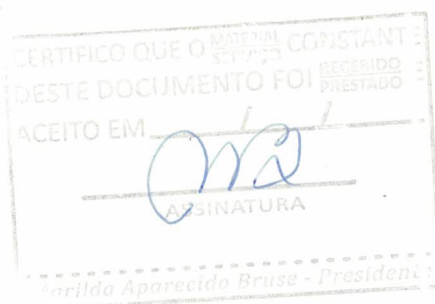
CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

DATA DA TRANSFERENCIA 06/02/2025  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.012.051  
VALOR TOTAL 2.146,94

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KERCIA R PERONDI ALESSIO  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 12.051-0  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719

NR.AUTENTICACAO 7.5D5.642.0E0.076.095



998 - NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

RUA 2870, 903    88330-360    BALNEARIO CAMBORIU / SC

CNPJ: 76.708.098/0001-06

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO

Referente ao mês de Janeiro/2025

Código

Nome do funcionário

112    **KERCIA REGINA PERONDI ALESSIO**

Admissão 15/10/2018    CPF 041.717.229-00    PIS 135.96421.72.0    CTPS 03980180 00001-0

C.C:

CBO : 4221-05    2 SECRETÁRIA

| CÓDIGO       | DESCRIÇÕES                | REFERÊNCIAS | PROVENTOS              | DESCONTOS           |
|--------------|---------------------------|-------------|------------------------|---------------------|
| 5            | Salário Mensalista        | 16,00       | 2.186,67               |                     |
| 3049         | Complemento de Férias     | 14,00       | 140,00                 |                     |
| 3051         | 1/3 Complemento de Férias |             | 46,67                  |                     |
| 3105         | Férias Folha              | 14,00       | 1.773,33               |                     |
| 3151         | 1/3 Férias Folha          |             | 591,11                 | 2.117,97            |
| 3949         | DESCONTO FÉRIAS           |             |                        | 226,40              |
| 9101         | I.N.S.S.                  | 9,5393      |                        | 246,47              |
| 9103         | I.N.S.S. Férias Folha     | 10,4240     |                        |                     |
|              |                           | Totais      | 4.737,78               | 2.590,84            |
|              |                           |             | <b>SALÁRIO LÍQUIDO</b> | <b>R\$ 2.146,94</b> |
| Salário base |                           | Base INSS   | Base FGTS              | Valor FGTS          |
| 4.100,00     |                           | 4.737,78    | 4.737,78               | 379,02              |
|              |                           |             |                        | Base IRRF           |
|              |                           |             |                        | 1.808,54            |

Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.

/    /    Assinatura do funcionário:

CERTIFICO QUE O MATERIAL RECEBIDO  
DESTA DOCUMENTO FOI RECEBIDO  
ACEITO EM  
ASSINATURA  
Marilda Aparecida Bruse - Presidente

06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

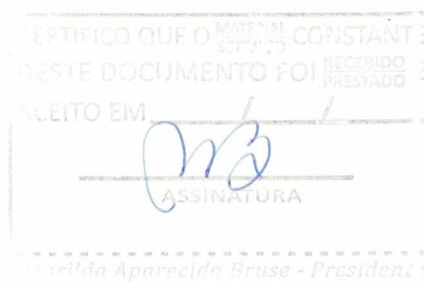
CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

DATA DA TRANSFERENCIA 06/02/2025  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.017.549  
VALOR TOTAL 1.285,68

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CINTIA B PASCHOAL  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 17.549-8  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719

NR.AUTENTICACAO C.133.2E3.F55.E73.1AD



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                                                      |  |                           |          |
|----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|----------|
|                                                                      |  | Nr Recibo                 | Nr Talão |
| Nome ou razão social da empresa                                      |  |                           |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS                               |  | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de |  | 76.708.098/0001-06        |          |

em 01/2025 a importância de R\$ 1.285,68  
conforme discriminativo abaixo.

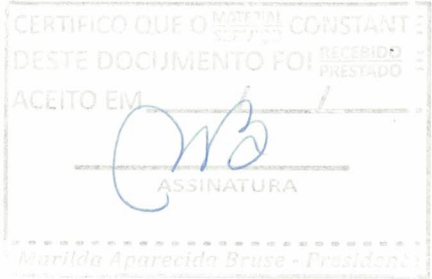
(Um Mil Duzentos e Oitenta e Cinco Reais e Sessenta e Oito Centavos)

|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                           | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 1.568,00                                                                                                                                                                | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                             |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                              |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra<br>( % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 129.79910.93.9                                                                                                                                      |                   |                         |
| Nro. do CPF : 296.632.508-95                                                                                                                                            |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                               | Conselho Regional |                         |
| 32.364.014-X                                                                                                                                                            | 12/13149          |                         |
| Localidade                                                                                                                                                              |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                      |                   | / /                     |

|                                  |                              |                   |          |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|----------|
| Especificação                    |                              |                   |          |
| I Valor do Serviço Prestado...   |                              | R\$               | 1.568,00 |
| II Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) |                              | R\$               | 0,00     |
|                                  |                              | SOMA R\$          | 1.568,00 |
| Descontos                        |                              |                   |          |
| III                              | Inss Contribuinte Individual | R\$               | 172,48   |
| IV                               | I.R.                         | R\$               | 109,84   |
| V                                |                              | R\$               | 0,00     |
| VI                               |                              | R\$               | 0,00     |
| VII                              |                              | R\$               | 0,00     |
| VIII                             |                              | R\$               | 0,00     |
|                                  |                              | SOMA R\$          | 282,32   |
|                                  |                              | Valor Líquido R\$ | 1.285,68 |

Assinatura

Nome Completo  
CINTIA BARROSO PASCHOAL



06/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:58:51  
527105271 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 06/02/2025          |
| NR. DOCUMENTO         | 555.271.000.017.666 |
| VALOR TOTAL           | 488,24              |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: FERNANDA F RODRIGUES  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 17.666-4  
NR. DOCUMENTO 555.271.000.005.719  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 7.03D.110.DF4.CD1.D40 |
|-----------------|-----------------------|

|                                                                                     |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| CERTIFICO QUE O MATERIAL CONSTANT                                                   |          |
| DESTE DOCUMENTO FOI RECEBIDO                                                        | PRESTADO |
| ACEITO EM                                                                           |          |
|  |          |
| ASSINATURA                                                                          |          |
| Marilda Aparecida Bruse - Presidente                                                |          |



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |  |                           |          |
|----------------------------------------|--|---------------------------|----------|
|                                        |  | Nr Recibo                 | Nr Talão |
| Nome ou razão social da empresa        |  | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS |  | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de **R\$ 488,24**  
conforme discriminativo abaixo.

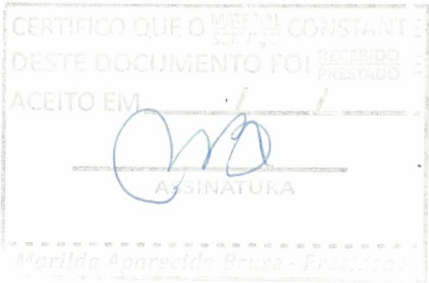
(Quatrocentos e Oitenta e Oito Reais e Vinte e Quatro Centavos)

|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                           | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 672,00                                                                                                                                                                  | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                             |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                              |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra<br>( % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 203.75153.62.9                                                                                                                                      |                   |                         |
| Nro. do CPF : 080.851.849-66                                                                                                                                            |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                               | Conselho Regional |                         |
| 5080896                                                                                                                                                                 |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                              |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                      |                   | / /                     |

|               |                               |     |        |
|---------------|-------------------------------|-----|--------|
| Especificação |                               |     |        |
| I             | Valor do Serviço Prestado...  | R\$ | 672,00 |
| II            | Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00   |
|               | SOMA                          | R\$ | 672,00 |
| Descontos     |                               |     |        |
| III           | Inss Contribuinte Individual  | R\$ | 73,92  |
| IV            | I.R.                          | R\$ | 109,84 |
| V             |                               | R\$ | 0,00   |
| VI            |                               | R\$ | 0,00   |
| VII           |                               | R\$ | 0,00   |
| VIII          |                               | R\$ | 0,00   |
|               | SOMA                          | R\$ | 183,76 |
|               | Valor Líquido                 | R\$ | 488,24 |

|            |
|------------|
| Assinatura |
|------------|

|                              |
|------------------------------|
| Nome Completo                |
| FERNANDA FERNANDES RODRIGUES |



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.15.02  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

=====

ID: E0000000020250206200813580873526  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$2.282,48  
TARIFA: R\$10,00  
DATA: 06/02/2025 - 17:17:43

=====

PAGO PARA: Alicia K P Silva  
CPF: \*\*\*.798.669-\*\*  
CHAVE PIX: 08279866965  
INSTITUICAO: 10348181 COOP SICREDI VALE LITORAL  
AGENCIA: 2606 - CONTA: 00000000000000078247  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

=====

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

=====

Notificacao enviada em: 06/02/2025 - 17:17:44

=====

DOCUMENTO: 020601  
AUTENTICACAO SISBB: C.F28.B43.F15.EE1.E55

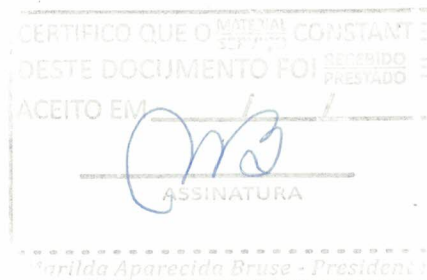
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |                           |          |
|----------------------------------------|---------------------------|----------|
|                                        | Nr Recibo                 | Nr Talão |
| Nome ou razão social da empresa        | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de R\$ 2.282,48  
conforme discriminativo abaixo.

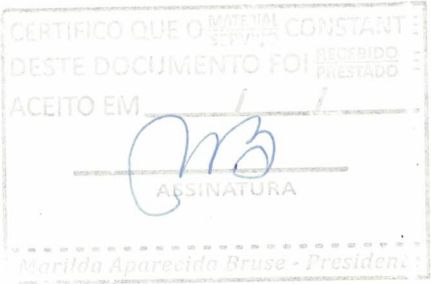
(Dois Mil Duzentos e Oitenta e Dois Reais e Quarenta e Oito Centavos)

|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                                     | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 2.688,00                                                                                                                                                                          | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                                       |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                                        |                   |                         |
| Aplicar      % sobre o valor da mão-de-obra<br>(      % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 210.53055.41.4                                                                                                                                                |                   |                         |
| Nro. do CPF : 082.798.669-65                                                                                                                                                      |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                                         | Conselho Regional |                         |
| 5.773.568                                                                                                                                                                         |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                                        |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                                |                   | / /                     |

|               |                               |     |          |
|---------------|-------------------------------|-----|----------|
| Especificação |                               |     |          |
| I             | Valor do Serviço Prestado...  | R\$ | 2.688,00 |
| II            | Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 2.688,00 |
| Descontos     |                               |     |          |
| III           | Inss Contribuinte Individual  | R\$ | 295,68   |
| IV            | I.R.                          | R\$ | 109,84   |
| V             |                               | R\$ | 0,00     |
| VI            |                               | R\$ | 0,00     |
| VII           |                               | R\$ | 0,00     |
| VIII          |                               | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 405,52   |
|               | Valor Líquido                 | R\$ | 2.282,48 |

Assinatura

Nome Completo  
ALICIA KEYLLA PEDROSO DA SILVA





SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.15.02  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

=====

ID: E0000000020250206201513155745314  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$3.273,17  
TARIFA: R\$10,00  
DATA: 06/02/2025 - 17:17:43

=====

PAGO PARA: Rodrigo Tsley Silva  
CPF: \*\*\*.505.939-\*\*  
CHAVE PIX: 02050593929  
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.  
AGENCIA: 1412 - CONTA: 0000000000000310029  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

=====

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

=====

Notificacao enviada em: 06/02/2025 - 17:17:45

=====

DOCUMENTO: 020602  
AUTENTICACAO SISBB: 4.181.122.A46.37C.262

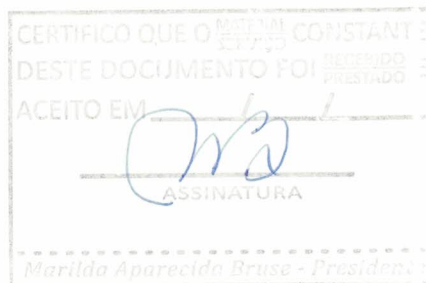
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.





Nº

# RECIBO

3273

Receti (amos) de

Núcleo Assistencial Humberto de Campos

A importância de

três mil duzentos e setenta e três reais e setessete centavos

Correspondente a

pagamento de aluguel do imóvel

situado na rua 2870, nº 903, Lote 36, SC  
e entregue a JANA 025

Para maior clareza em

de

ALNEAGIO Lm 30h 06/JAN 2025

Emitente

Rodrigo Isley da Silva  
Corretor de Imóveis

CPF/IRG

Endereço

CRECI 15C/14823  
(47) 99911-9938

Assinatura

Futura

DESTE DOCUMENTO FOR PRESTADO  
ACEITO EM

  
ASSINATURA

Marilda Aparecida Bruse - Presidente



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.15.02  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E00000000020250206201057970495487  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$1.997,68  
TARIFA: R\$10,00  
DATA: 06/02/2025 - 17:17:43

-----

PAGO PARA: Elisa Vieira Almeida  
CPF: \*\*\*.266.999-\*\*  
CHAVE PIX: 05526699978  
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP  
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000044145290  
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento

-----

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

-----

Notificacao enviada em: 06/02/2025 - 17:17:44

=====

DOCUMENTO: 020603  
AUTENTICACAO SISBB: 3.F74.2C2.D93.5C5.758

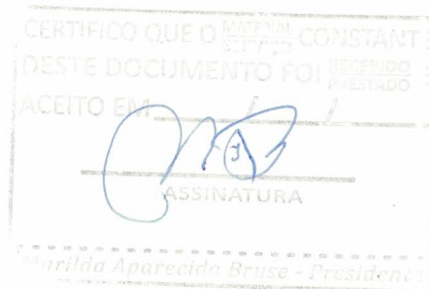
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
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 fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.





RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |                           |          |
|----------------------------------------|---------------------------|----------|
|                                        | Nr Recibo                 | Nr Talão |
|                                        |                           |          |
| Nome ou razão social da empresa        | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de **R\$ 1.997,68**  
conforme discriminativo abaixo.

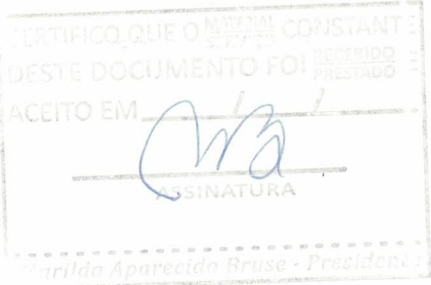
(Um Mil Novecentos e Noventa e Sete Reais e Sessenta e Oito Centavos)

|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                           | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 2.368,00                                                                                                                                                                | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                             |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                              |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra<br>( % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 147.83047.85.1                                                                                                                                      |                   |                         |
| Nro. do CPF : 055.266.999-78                                                                                                                                            |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                               | Conselho Regional |                         |
| 5577685                                                                                                                                                                 |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                              |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                      |                   | / /                     |

|                                  |     |        |          |
|----------------------------------|-----|--------|----------|
| Especificação                    |     | R\$    |          |
| I Valor do Serviço Prestado...   |     | R\$    | 2.368,00 |
| II Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) |     | R\$    | 0,00     |
| SOMA                             |     | R\$    | 2.368,00 |
| Descontos                        |     |        |          |
| III Inss Contribuinte Individual | R\$ | 260,48 |          |
| IV I.R.                          | R\$ | 109,84 |          |
| V                                | R\$ | 0,00   |          |
| VI                               | R\$ | 0,00   |          |
| VII                              | R\$ | 0,00   |          |
| VIII                             | R\$ | 0,00   |          |
| SOMA                             |     | R\$    | 370,32   |
| Valor Líquido                    |     | R\$    | 1.997,68 |

Assinatura

Nome Completo  
ELISA VIEIRA ALMEIDA



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.15.02  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E00000000020250206200937551012760  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$1.470,80  
TARIFA: R\$10,00  
DATA: 06/02/2025 - 17:17:43

-----

PAGO PARA: Debora Dip Martiny  
CPF: \*\*\*.525.950-\*\*  
CHAVE PIX: 80552595004  
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP  
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000229111292  
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento

-----

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

-----

Notificacao enviada em: 06/02/2025 - 17:17:45

=====

DOCUMENTO: 020604  
AUTENTICACAO SISBB: 2.7C8.A11.A43.644.80D

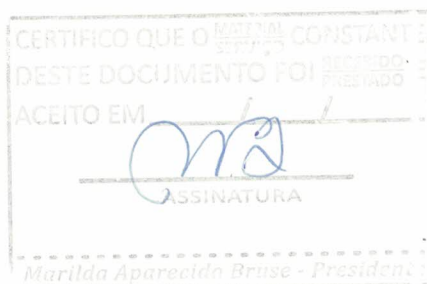
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |  |                           |          |
|----------------------------------------|--|---------------------------|----------|
|                                        |  | Nr Recibo                 | Nr Talão |
|                                        |  |                           |          |
| Nome ou razão social da empresa        |  | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS |  | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de **R\$ 1.470,80**  
conforme discriminativo abaixo.

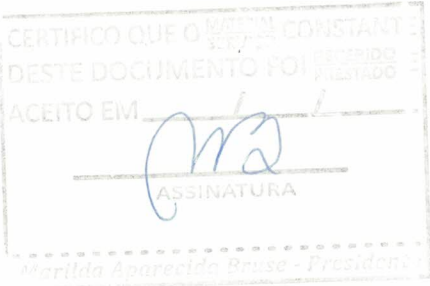
(Um Mil Quatrocentos e Setenta Reais e Oitenta Centavos)

|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                                     | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 1.776,00                                                                                                                                                                          | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                                       | Saldo             |                         |
|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                                        |                   |                         |
| Aplicar      % sobre o valor da mão-de-obra<br>(      % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 128.04277.68.4                                                                                                                                                |                   |                         |
| Nro. do CPF : 805.525.950-04                                                                                                                                                      |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                                         | Conselho Regional |                         |
|                                                                                                                                                                                   |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                                        |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                                |                   | / /                     |

|               |                               |     |          |
|---------------|-------------------------------|-----|----------|
| Especificação |                               |     |          |
| I             | Valor do Serviço Prestado...  | R\$ | 1.776,00 |
| II            | Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 1.776,00 |
| Descontos     |                               |     |          |
| III           | Inss Contribuinte Individual  | R\$ | 195,36   |
| IV            | I.R.                          | R\$ | 109,84   |
| V             |                               | R\$ | 0,00     |
| VI            |                               | R\$ | 0,00     |
| VII           |                               | R\$ | 0,00     |
| VIII          |                               | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 305,20   |
|               | Valor Líquido                 | R\$ | 1.470,80 |

Assinatura

Nome Completo  
DEBORA DIP MARTINY



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.15.02  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E0000000020250206201140950162339  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$4.066,97  
TARIFA: R\$10,00  
DATA: 06/02/2025 - 17:17:43

-----

PAGO PARA: Carla C V Schneider  
CPF: \*\*\*.828.589-\*\*  
CHAVE PIX: 09482858930  
INSTITUICAO: 60746948 BCO BRADESCO S.A.  
AGENCIA: 0330 - CONTA: 00000000000001392280  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

-----

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

-----

Notificacao enviada em: 06/02/2025 - 17:17:46

=====

DOCUMENTO: 020605  
AUTENTICACAO SISBB: 9.F7F.F29.4F1.1B2.CAC

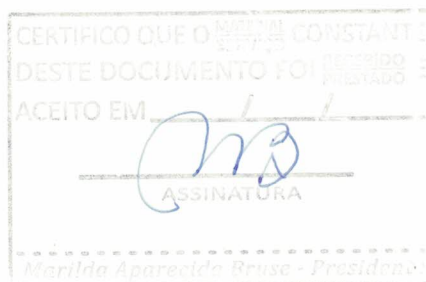
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
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 fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nr Recibo

Nr Talão

Matric.(CNPJ/Previdência)

76.708.098/0001-06

Nome ou razão social da empresa

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de

R\$

4.066,97

conforme discriminativo abaixo.

(Quatro Mil e Sessenta e Seis Reais e Noventa e Sete Centavos)

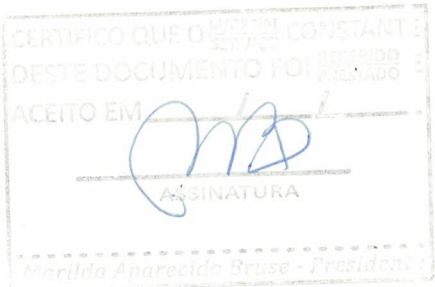
|                                                                                                                                                                |                   |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Valor Serviço                                                                                                                                                  | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
| 4.928,00                                                                                                                                                       | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                    | Saldo             |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                     |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra ( % do Frete). O resultado corresponderá ao Reembolso, respeitado como limite máximo o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 161.87493.29.0                                                                                                                             |                   |                         |
| Nro. do CPF : 094.828.589-30                                                                                                                                   |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                      | Conselho Regional |                         |
| 6200853                                                                                                                                                        |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                     | Data              |                         |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                             | / /               |                         |

|                                  |     |          |
|----------------------------------|-----|----------|
| Especificação                    | R\$ | 4.928,00 |
| I Valor do Serviço Prestado...   | R\$ | 0,00     |
| II Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 4.928,00 |
| SOMA                             | R\$ |          |
| Descontos                        | R\$ | 542,08   |
| III Inss Contribuinte Individual | R\$ | 318,95   |
| IV I.R.                          | R\$ | 0,00     |
| V                                | R\$ | 0,00     |
| VI                               | R\$ | 0,00     |
| VII                              | R\$ | 0,00     |
| VIII                             | R\$ | 861,03   |
| SOMA                             | R\$ |          |
| Valor Líquido                    | R\$ | 4.066,97 |

Assinatura

Nome Completo

CARLA CAROLINE VENTURA SCHNEIDER



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.15.02  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----  
ID: E0000000020250206200854090658268  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$799,46  
TARIFA: R\$7,91  
DATA: 06/02/2025 - 17:17:44  
-----

PAGO PARA: Cenaide R Araujo  
CPF: \*\*\*.180.890-\*\*  
CHAVE PIX: 36818089020  
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGENCIA: 1595 - CONTA: 37010000005860893660  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

-----  
Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

-----  
Notificacao enviada em: 06/02/2025 - 17:17:46

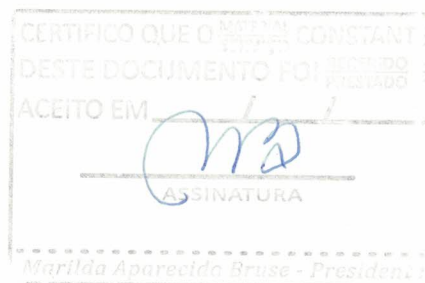
-----  
DOCUMENTO: 020606  
AUTENTICACAO SISBB: 5.BC4.4EE.1D7.B0F.1D4  
-----

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.





998 - NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

RUA 2870, 903    88330-360    BALNEARIO CAMBORIU / SC

CNPJ: 76.708.098/0001-06

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO

Referente ao mês de Janeiro/2025

Código

Nome do funcionário

C.C:

113

CENAIDE ROBALO ARAUJO

CBO : 5143-20    3 Aux.Serv.Gerais

Admissão 01/12/2023

CPF 368.180.890-20

PIS 170.05159.78.9

CTPS 03681808 09020

| CÓDIGO       | DESCRIÇÕES                | REFERÊNCIAS | PROVENTOS       | DESCONTOS  |
|--------------|---------------------------|-------------|-----------------|------------|
| 5            | Salário Mensalista        | 16,00       | 809,60          |            |
| 3049         | Complemento de Férias     | 14,00       | 41,07           |            |
| 3051         | 1/3 Complemento de Férias |             | 13,69           |            |
| 3105         | Férias Folha              | 14,00       | 667,33          |            |
| 3151         | 1/3 Férias Folha          |             | 222,44          |            |
| 3949         | DESCONTO FÉRIAS           |             |                 | 819,57     |
| 9101         | I.N.S.S.                  | 7,5084      |                 | 64,90      |
| 9103         | I.N.S.S. Férias Folha     | 7,8897      |                 | 70,20      |
|              |                           | Totais      | 1.754,13        | 954,67     |
|              |                           |             | SALÁRIO LÍQUIDO | R\$ 799,46 |
| Salário base | Base INSS                 | Base FGTS   | Valor FGTS      | Base IRRF  |
| 1.518,00     | 1.754,13                  | 1.754,13    | 140,33          | 299,56     |

Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.

/ /    Assinatura do funcionário:

CERTIFICO QUE O RECEBÍVEL CONSTANT  
DESTE DOCUMENTO FOI RECEBIDO  
ACEITO EM



ASSINATURA

Marilda Aparecida Bruse - Presidente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.15.02  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

=====

ID: E0000000020250206202037943750898  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$6.720,00  
TARIFA: R\$10,00  
DATA: 06/02/2025 - 17:23:24

=====

PAGO PARA: Daniela Weisheimer  
CNPJ: 58.904.469/0001-35  
CHAVE PIX: 58904469000135  
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER  
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000417072090  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

=====

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

=====

Notificacao enviada em: 06/02/2025 - 17:23:29

=====

DOCUMENTO: 020607  
AUTENTICACAO SISBB: 2.657.E46.A00.030.B72

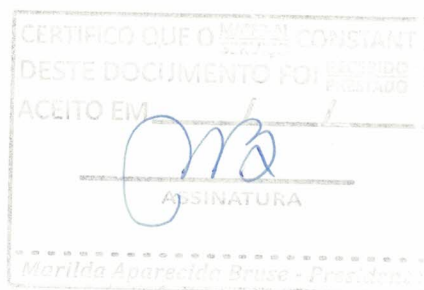
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.





# PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Secretaria da Fazenda

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Número do RPS           | Número da nota<br>2 - E |
| Data da emissão da nota | 04/02/2025 11:00:10     |
| Data do fato gerador    | 04/02/2025 11:00:10     |
| Código de Verificação   | BWBE-4PSN               |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: DANIELA WEISHEIMER PSICOLOGIA LTDA  
 Nome/Razão Social: DANIELA WEISHEIMER PSICOLOGIA LTDA  
 CPF/CNPJ: 58.904.469/0001-35 Inscrição Municipal: 102168 Telefone: (47) 997776699  
 Endereço: ITALIA Número: 735 Bairro: DAS NAÇÕES CEP: 88338265  
 Complemento: CXPST:EV111124 UF: SC  
 Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ  
 E-mail: jjos.alvara@gmail.com Site:

## TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: NAHC  
 Nome/Razão Social: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS  
 CPF/CNPJ: 76.708.098/0001-06 Inscrição Municipal: 85855  
 Endereço: 2870 Número: 903 Bairro: CENTRO CEP: 88330-358  
 Complemento: UF: SC  
 Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ  
 E-mail: Telefone:

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Cod. lista serviço | Valor unitário (R\$) | Qtd  | Valor do serviço (R\$) | Base de cálculo (R\$) | aliquota (%) | ISS (R\$) |
|--------------------|----------------------|------|------------------------|-----------------------|--------------|-----------|
| 4.16               | 6.720,0000           | 1,00 | 6.720,00               | 6.720,00              | 2,00000      | 134,40    |

Descrição do serviço: Serviço prestado: Responsável Técnica

Local da prestação do serviço: BALNEÁRIO CAMBORIÚ

## FORMA DE PAGAMENTO

## RETENÇÕES FEDERAIS

| PIS/PASEP                  | COFINS   | INSS                         | IR       | CSLL     | Outras retenções |
|----------------------------|----------|------------------------------|----------|----------|------------------|
| R\$ 0,00                   | R\$ 0,00 | R\$ 0,00                     | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |
| Valor bruto = R\$ 6.720,00 |          | Valor líquido = R\$ 6.720,00 |          |          |                  |

Códigos dos serviços:

4.16 - Psicologia..

| Des. condicionado(R\$) | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS Retido(R\$) | Valor ISS(R\$) |
|------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| 0,00                   | 0,00                      | 0,00          | 6.720,00             | 0,00                  | 134,40         |

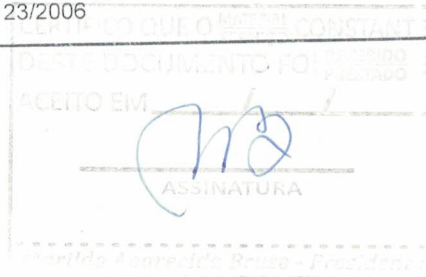
## OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na legislação vigente  
 Legislação NFS-e: Decreto 9328/2019 e 7285/2014  
 Lei complementar nº 34/2019 e nº 3601/2013  
 Lei Complementar Federal nº 116/2003  
 - Natureza de operação: ISS devido para Balneário Camboriú  
 EMPRESA ENQUADRADA NO SIMPLES NACIONAL CONF. LEI 123/2006



Verificar autenticidade

Desenvolvido por Pública



07/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:15:02  
527105271 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

BCO BRADESCO S.A.

23790348009015201069107013613604199830000032151

BENEFICIARIO:

CELESC DISTRIBUICAO SA

NOME FANTASIA:

CELESC DISTRIBUICAO SA

CNPJ: 08.336.783/0001-90

BENEFICIARIO FINAL:

CELESC DISTRIBUICAO SA

CNPJ: 08.336.783/0001-90

PAGADOR:

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAM

CNPJ: 76.708.098/0001-06

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 20.608     |
| DATA DE VENCIMENTO | 05/02/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 06/02/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 321,51     |
| VALOR COBRADO      | 321,51     |

=====

NR.AUTENTICACAO 3.F10.4F8.EBC.594.587

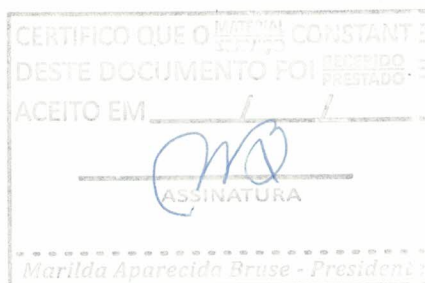
-----

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.







**Celesc**  
Distribuição S.A.

DANF3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA  
FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

Av. Itamarati, nº 160 - Bloco A1, B1 e B2  
Itacorubi CEP: 88.034-900 - Florianópolis/SC  
CNPJ 08.336.783/0001-90

SEGUNDA VIA

Classificação / Modalidade Tarifária / Tipo de Fornecimento:  
RESIDENCIAL - RESIDENCIAL - B1 Residencial - TRIFÁSICO

NOME: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE  
CAMPOS

CPF/CNPJ: 76.708.098/0001-06

ENDERECO: 2870 903 CX 02 - CENTRO

CEP: 88330-360 CIDADE: BALNEARIO CAMBORIU Grupo/Subgrupo Tensão:B/B1

UNIDADE CONSUMIDORA  
7630735

Cliente: 31442710

Etapa: 10

Iluminação pública: Balneario Camboriu - (47) 3361-7816

Reservado ao Fisco



NOTA FISCAL Nº 031313283 SERIE:001 DATA EMISSAO: 15/01/2025

Consulte Chave de Acesso em:  
<https://sat.sef.sc.gov.br/nf3e/consulta>

Chave de Acesso:

4225.0108.3367.8300.0190.6600.1031.3132.8320.3854.8483

Protocolo de Autorização: 3.422.500.002.284.045 - 17/01/2025 às 00:23

| REFERENCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|------------|---------------|
| 01/2025    | 05/02/2025 | R\$ 321,51    |

### Comunicado importante

| Leitura Anterior | Leitura Atual | Dias | Origem da Leitura | Próxima Leitura |
|------------------|---------------|------|-------------------|-----------------|
| 13/12/2024       | 15/01/2025    | 33   | Lida              | 14/02/2025      |

| Medidor | Grandeza | Postos<br>Horários | Leitura<br>Anterior | Leitura<br>Atual | Constante | Perdas<br>(%) | Total Apurado |
|---------|----------|--------------------|---------------------|------------------|-----------|---------------|---------------|
| 3382627 | Energia  | Único              | 51.411              | 51.823           | 1,00000   | 0,00          | 412           |

| Bandeira Tarifária | Dias |
|--------------------|------|
| Verde              | 33   |

| Tributo | Base de<br>Cálculo (R\$) | Alíquota<br>(%) | Valor<br>(R\$) |
|---------|--------------------------|-----------------|----------------|
| PIS     | 255,66                   | 0,07            | 0,18           |
| COFINS  | 255,66                   | 0,35            | 0,90           |
| ICMS    | 105,77                   | 12,00           | 12,69          |
| ICMS    | 195,89                   | 17,00           | 33,30          |

| Itens de Fatura      | Unid. | Qtd.    | Preço unit.<br>c/ trib. (R\$) | Valor (R\$)   | COFINS/<br>PIS (R\$) | Base Calc.<br>ICMS (R\$) | Alíquota<br>ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa<br>unit. (R\$) |
|----------------------|-------|---------|-------------------------------|---------------|----------------------|--------------------------|----------------------|------------|-----------------------|
| (0D) Consumo TE      | KWH   | 150,000 | 0,344933                      | 51,74         | 0,19                 | 51,74                    | 12,00                | 6,21       | 0,302240              |
| (0D) Consumo TE      | KWH   | 262,000 | 0,365725                      | 95,82         | 0,34                 | 95,82                    | 17,00                | 16,29      | 0,302240              |
| (0E) Consumo TUSD    | KWH   | 150,000 | 0,360200                      | 54,03         | 0,20                 | 54,03                    | 12,00                | 6,48       | 0,315670              |
| (0E) Consumo TUSD    | KWH   | 262,000 | 0,381947                      | 100,07        | 0,35                 | 100,07                   | 17,00                | 17,01      | 0,315670              |
| <b>SUBTOTAL</b>      |       |         |                               | <b>301,66</b> |                      |                          |                      |            |                       |
| (C0) COSIP Municipal |       | 0,000   | 0,000000                      | 19,85         | 0,00                 | 0,00                     | 0,00                 | 0,00       | 0,000000              |
| <b>SUBTOTAL</b>      |       |         |                               | <b>19,85</b>  |                      |                          |                      |            |                       |

TOTAL

321,51

LEGENDA: (0D) Consumo TE | (0E) Consumo TUSD | (C0) COSIP Municipal Balneario Camboriu

| Consumo Faturado | Dias Faturados |
|------------------|----------------|
| JAN/25           | 412 33         |
| DEZ/24           | 503 30         |
| NOV/24           | 570 29         |
| OUT/24           | 297 32         |
| SET/24           | 261 29         |
| AGO/24           | 266 29         |
| JUL/24           | 222 30         |
| JUN/24           | 285 31         |
| Mai/24           | 623 32         |
| ABR/24           | 1039 32        |
| MAR/24           | 1111 28        |
| FEV/24           | 1049 31        |
| JAN/24           | 312 32         |

EM CASO DE PAGAMENTO EM ATRASO:  
Multa de 2% + Correção Monetária pelo  
IPCA (pro rata die) + Juros de Mora 1% ao  
mês (pro rata die) a serem cobrados em  
fatura posterior

Mensagens:



Beneficiário: Celesc Distribuição SA - CNPJ 08336783/0001-90  
Av. Itamarati, nº 160 - Itacorubi - Florianópolis - SC CP: 88.034-900  
Agência / Código Cedente: 0348-4/0136136-8

BRABESCO

237-2

PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA

23790.3480090152.01069107013.613604199830000032151

Pagador: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

CPF/CNPJ:

Endereço: 2870 903 CX 02 - CENTRO

CEP: 88330-360 Cidade: BALNEARIO CAMBORIU SC

Código para Cadastro  
em Débito Automático:

7630735

| Data Documento | Número Referência | Unidade Consumidora | Nosso Número | Referência | Vencimento | Total a Pagar (R\$) |
|----------------|-------------------|---------------------|--------------|------------|------------|---------------------|
| 16/01/2025     | 202501-031313283  | 0007630735          | 15201069076  | 01/2025    | 05/02/2025 | 321,51              |



PAGUE COM PIX



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.15.02  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

=====

ID: E0000000020250206210929500871702  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$3.192,00  
TARIFA: R\$10,00  
DATA: 06/02/2025 - 18:11:19

=====

PAGO PARA: Ismael Farias Vaz  
CPF: \*\*\*.996.489-\*\*  
CHAVE PIX: ismaelvaz@gmail.com  
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.  
AGENCIA: 6615 - CONTA: 00000000000000254577  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

=====

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

=====

Notificacao enviada em: 06/02/2025 - 18:11:23

=====

DOCUMENTO: 020609  
AUTENTICACAO SISBB: 3.63D.E61.907.F4C.F4E

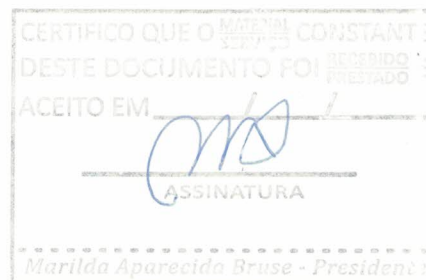
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.






**PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ**
**Secretaria da Fazenda**
**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e**

|                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| Número do RPS           | Número da nota<br><b>403 - E</b> |
| Data da emissão da nota | <b>03/02/2025 17:32:26</b>       |
| Data do fato gerador    | <b>03/02/2025 17:32:26</b>       |
| Código de Verificação   | <b>D54J-KAF8</b>                 |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: FARIAS VAZ SERVIÇOS MEDICOS  
 Nome/Razão Social: FARIAS VAZ SERVICOS MEDICOS LTDA  
 CPF/CNPJ: 37.023.962/0001-76 Inscrição Municipal: 178868 Telefone: 4733679260  
 Endereço: ISRAEL Número: 431 Bairro: DAS NAÇÕES CEP: 88338270  
 Complemento:  
 Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ UF: SC  
 E-mail: societario@martinseamorim.com.br Site:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: NAHC  
 Nome/Razão Social: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS  
 CPF/CNPJ: 76.708.098/0001-06 Inscrição Municipal: 85855  
 Endereço: 2870 Número: 903 Bairro: CENTRO CEP: 88330-358  
 Complemento:  
 Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ UF: SC  
 E-mail: Telefone:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

| Cod. lista serviço | Valor unitário (R\$) | Qtd  | Valor do serviço (R\$) | Base de cálculo (R\$) | alíquota (%) | ISS (R\$) |
|--------------------|----------------------|------|------------------------|-----------------------|--------------|-----------|
| 4.01               | 3.192,0000           | 1,00 | 3.192,00               | 3.192,00              | 2,00000      | 63,84     |

Descrição do serviço: CONSULTAS

Local da prestação do serviço: BALNEÁRIO CAMBORIÚ

**FORMA DE PAGAMENTO**
**RETENÇÕES FEDERAIS**

| PIS/PASEP                  | COFINS   | INSS                         | IR       | CSLL     | Outras retenções |
|----------------------------|----------|------------------------------|----------|----------|------------------|
| R\$ 0,00                   | R\$ 0,00 | R\$ 0,00                     | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |
| Valor bruto = R\$ 3.192,00 |          | Valor líquido = R\$ 3.192,00 |          |          |                  |

Códigos dos serviços:

4.01 - Medicina e biomedicina..

| Des. condicionado(R\$) | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS Retido(R\$) | Valor ISS(R\$) |
|------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| 0,00                   | 0,00                      | 0,00          | 3.192,00             | 0,00                  | 63,84          |

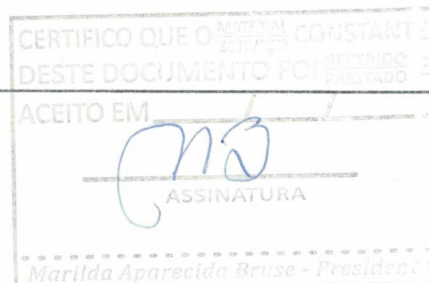
**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na legislação vigente  
 Legislação NFS-e: Decreto 9328/2019 e 7285/2014  
 Lei complementar nº 34/2019 e nº 3601/2013  
 Lei Complementar Federal nº 116/2003  
 - Natureza de operação: ISS devido para Balneário Camboriú



Verificar autenticidade

Desenvolvido por Pública



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.29.40  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E00000000202502071500072004915AG  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$4.690,07  
TARIFA: R\$10,00  
DATA: 07/02/2025 - 05:44:16

-----

PAGO PARA: Suzan Antunes  
CPF: \*\*\*.236.979-\*\*  
CHAVE PIX: +5547996222565  
INSTITUICAO: 82639451 COOP VIACREDI  
AGENCIA: 0101 - CONTA: 0000000000009817441  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

-----

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

-----

Notificacao enviada em: 07/02/2025 - 05:49:06

=====

DOCUMENTO: 020701  
AUTENTICACAO SISBB: 5.AA6.586.ACB.7A8.75A

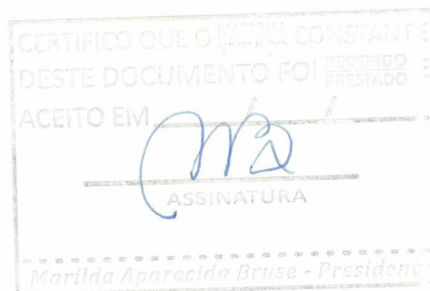
-----

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                        |  | Nr Recibo                 | Nr Talão |
|----------------------------------------|--|---------------------------|----------|
| Nome ou razão social da empresa        |  | Matric.(CNPJ/Previdência) |          |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS |  | 76.708.098/0001-06        |          |

Recebi da empresa acima especificada, pela prestação dos serviços de

em 01/2025 a importância de **R\$ 4.690,07**  
conforme discriminativo abaixo.

(Quatro Mil Seiscentos e Noventa Reais e Sete Centavos)

| Valor Serviço                                                                                                                                                           | Taxa              | Valor Máx. p/ Reembolso |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| 5.880,00                                                                                                                                                                | 0,00%             | 0,00                    |
| Valor já Reembolsado no mês                                                                                                                                             |                   | Saldo                   |
|                                                                                                                                                                         |                   |                         |
| Carreteiro (Cálculo do Valor do Reembolso)                                                                                                                              |                   |                         |
| Aplicar % sobre o valor da mão-de-obra<br>( % do Frete). O resultado corresponderá<br>ao Reembolso, respeitado como limite máximo<br>o valor registrado no campo saldo. |                   |                         |
| Nro. Inscr. Prev. : 128.62314.72.4                                                                                                                                      |                   |                         |
| Nro. do CPF : 031.236.979-40                                                                                                                                            |                   |                         |
| Número CI                                                                                                                                                               | Conselho Regional |                         |
| 3652049                                                                                                                                                                 |                   |                         |
| Localidade                                                                                                                                                              |                   | Data                    |
| BALNEARIO CAMBORIU                                                                                                                                                      |                   | / /                     |

|               |                               |     |          |
|---------------|-------------------------------|-----|----------|
| Especificação |                               |     |          |
| I             | Valor do Serviço Prestado...  | R\$ | 5.880,00 |
| II            | Reembolso ( 0,00 % Val.Serv.) | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 5.880,00 |
| Descontos     |                               |     |          |
| III           | Inss Contribuinte Individual  | R\$ | 646,80   |
| IV            | I.R.                          | R\$ | 543,13   |
| V             |                               | R\$ | 0,00     |
| VI            |                               | R\$ | 0,00     |
| VII           |                               | R\$ | 0,00     |
| VIII          |                               | R\$ | 0,00     |
|               | SOMA                          | R\$ | 1.189,93 |
|               | Valor Líquido                 | R\$ | 4.690,07 |

|            |
|------------|
| Assinatura |
|------------|

|               |
|---------------|
| Nome Completo |
| SUZAN ANTUNES |



07/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:51:30  
527105271 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

UNICRED DO BRASIL

-----

13691311050012735400900000718031699880000150000

BENEFICIARIO:

CALISTO TESTONI FILHO

CPF: 021.302.159-55

BENEFICIARIO FINAL:

CALISTO TESTONI FILHO

CPF: 021.302.159-55

PAGADOR:

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAM

CNPJ: 76.708.098/0001-06

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 20.702     |
| DATA DE VENCIMENTO | 10/02/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 07/02/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.500,00   |
| VALOR COBRADO      | 1.500,00   |

=====

NR. AUTENTICACAO 1.FB1.774.68D.92B.8E7

-----

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.



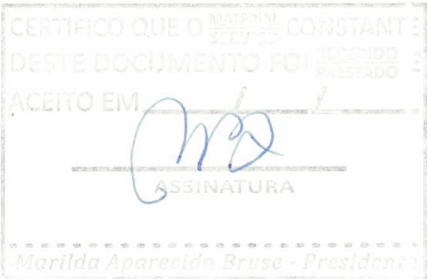


CONTEST (CALISTO TESTONI FILHO)

| Código | Descrição  | Ref.    | Qtd.   | Valor    |
|--------|------------|---------|--------|----------|
| 101    | Honorários | 02/2025 | 1,0000 | 1.500,00 |
|        |            |         | Total: | 1.500,00 |

| Faturas em Atraso | Série | Vencimento | Pendente | Valor corrigido |
|-------------------|-------|------------|----------|-----------------|
| Referência        |       |            |          |                 |
|                   |       | Total:     | 0,00     | 0,00            |

Não receber após o vencimento



Recibo e Demonstrativo de Fatura

|                                                                                                                                |                              |                                  |                                              |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|
| Pagador<br>998 - NUCLEO ASSISTENCIAL - CPF/CNPJ:76.708.098/0001-06<br>Rua 2870, 903<br>ESTADO 88.330-360 BALNEARIO CAMBORIU SC |                              | Data Processamento<br>28/01/2025 | Código do Beneficiário<br>1311-0 / 0127354-0 |                        |
| Espécie do Documento<br>DS                                                                                                     |                              | DS                               | R\$                                          | Carteira/Varição<br>09 |
| Número do Documento<br>0998022025                                                                                              | Nosso Número<br>0000007180-3 | Vencimento<br>10/02/2025         | Valor do Documento<br>1.500,00               |                        |
| (-)Desconto / Abatimento                                                                                                       | (-)Outras Deduções           | (+)Mora/Multa                    | (+)Outros Acréscimos                         | (=)Valor Cobrado       |

SCI - Visual Controller

Recibo do Pagador

Autenticação Mecânica



136-8

13691.31105 00127.354009 00000.718031 6 99880000150000

|                                                                                                        |                                   |                    |             |                                     |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>Pagável preferencialmente na rede UNICRED                                        |                                   |                    |             |                                     | Vencimento<br>10/02/2025                             |
| Beneficiário UNICRED UNIAO - 74.114.042/0001-90<br>Rua CAMBORIU 519 - CENTRO - 88.301-451 ,ITAJAI - SC |                                   |                    |             |                                     | Agência/Código do Beneficiário<br>1311-0 / 0127354-0 |
| Data do Documento<br>28/01/2025                                                                        | Número do Documento<br>0998022025 | Espécie Doc.<br>DS | Aceite<br>N | Data de Processamento<br>28/01/2025 | Nosso Número<br>0000007180-3                         |
| Uso do Banco<br>00018                                                                                  | Carteira<br>09                    | Esp.Moeda<br>R\$   | Quantidade  | Valor                               | (=)Valor do Documento<br>1.500,00                    |
| Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário)                                                 |                                   |                    |             |                                     | (+)Outros Acréscimos                                 |
|                                                                                                        |                                   |                    |             |                                     | (-)Desconto/Abatimento<br>0,00                       |
|                                                                                                        |                                   |                    |             |                                     | (+)Outras Deduções                                   |
|                                                                                                        |                                   |                    |             |                                     | (+)Mora/Multa                                        |
|                                                                                                        |                                   |                    |             |                                     | (=)Valor Cobrado                                     |

Pagador 998 - NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS - CNPJ/CPF: 76.708.098/0001-06  
Rua 2870, 903  
ESTADO 88.330-360 BALNEARIO CAMBORIU SC

Sacador/Avalista

SCI - Visual Controller

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Ouvidoria  
Sua crítica, sugestão ou elogio  
será um agente de mudança e fortalecimento  
do nosso sistema Unicred  
0800 9400602



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ**

Secretaria da Fazenda

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e

|                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| Número do RPS           | Número da nota<br>2186 - E |
| Data da emissão da nota | 11/02/2025 13:59:19        |
| Data do fato gerador    | 11/02/2025 13:59:19        |
| Código de Verificação   | E92B-LPFE                  |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: CONTEST

Nome/Razão Social: TESTONI E ROCHA LTDA

CPF/CNPJ: 09.216.120/0001-03

Inscrição Municipal: 145926

Telefone: 4733660147

Endereço: 1141 Número: 375 Bairro: CENTRO CEP: 88330789

Complemento: SALA 01

UF: SC

Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ

E-mail: contestcontabilidade@gmail.com

Site:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: NAHC

Nome/Razão Social: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

CPF/CNPJ: 76.708.098/0001-06

Inscrição Municipal: 85855

Endereço: 2870 Número: 903 Bairro: CENTRO CEP: 88330-358

Complemento:

UF: SC

Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ

E-mail:

Telefone:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

| Cod. lista serviço | Valor unitário (R\$) | Qtd  | Valor do serviço (R\$) | Base de cálculo (R\$) | alíquota (%) | ISS (R\$) |
|--------------------|----------------------|------|------------------------|-----------------------|--------------|-----------|
| 17.19              | 1.500,0000           | 1,00 | 1.500,00               |                       |              |           |

Descrição do serviço: eElaboração de balancete a PMBC e cálculo da folha de pagamento ref. 02/2025

Local da prestação do serviço: BALNEÁRIO CAMBORIÚ

**FORMA DE PAGAMENTO****RETENÇÕES FEDERAIS**

| PIS/PASEP<br>R\$ 0,00      | COFINS<br>R\$ 0,00 | INSS<br>R\$ 0,00             | IR<br>R\$ 0,00 | CSLL<br>R\$ 0,00 | Outras retenções<br>R\$ 0,00 |
|----------------------------|--------------------|------------------------------|----------------|------------------|------------------------------|
| Valor bruto = R\$ 1.500,00 |                    | Valor líquido = R\$ 1.500,00 |                |                  |                              |

Códigos dos serviços:

17.19 - Contabilidade, inclusive serviços técnicos e auxiliares..

| Des. condicionado(R\$) | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS Retido(R\$) | Valor ISS(R\$) |
|------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| 0,00                   | 0,00                      | 0,00          | 1.500,00             | 0,00                  | 0,00           |

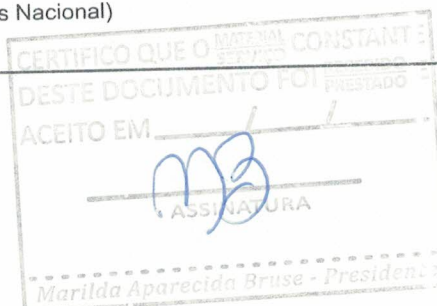
**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na legislação vigente
- Legislação NFS-e: Decreto 9328/2019 e 7285/2014
- Lei complementar nº 34/2019 e nº 3601/2013
- Lei Complementar Federal nº 116/2003
- Natureza de operação: ISS devido para Balneário Camboriú (Simples Nacional)



Verificar autenticidade

Desenvolvido por Pública



07/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:51:30  
527105271 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3  
=====

BCO BRADESCO S.A.

23790332089011320806102003554009399880000025970

## BENEFICIARIO:

CCS CAMBORIU CABLE SYSTEM TELE

## NOME FANTASIA:

CCS CAMBORIU CABLE SYSTEM TELEC LTD

CNPJ: 82.855.164/0001-65

## BENEFICIARIO FINAL:

CCS CAMBORIU CABLE SYSTEM TELEC LTD

CNPJ: 82.855.164/0001-65

## PAGADOR:

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAM

CNPJ: 76.708.098/0001-06

NR. DOCUMENTO 20.703  
DATA DE VENCIMENTO 10/02/2025  
DATA DO PAGAMENTO 07/02/2025  
VALOR DO DOCUMENTO 259,70  
VALOR COBRADO 259,70  
=====

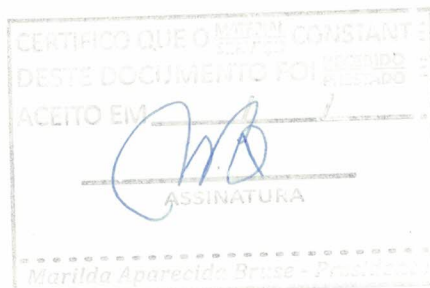
NR.AUTENTICACAO D.B9A.442.A32.112.0BC

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.







Você merece a melhor  
**INTERNET**

Fibra Óptica



## NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Rua 2870 903 • Centro • 88330-360  
Balneário Camboriú - SC



Vencimento  
10/02/2025

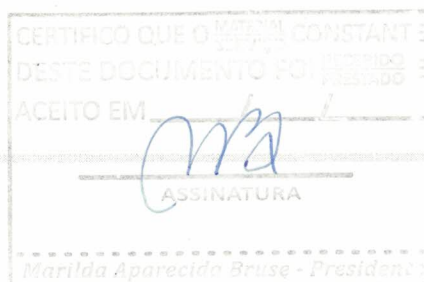


Total a pagar  
R\$ 259,70

## O QUE ESTÁ SENDO COBRADO:

COMBO CCSTAR LINK 1000 MEGA

R\$ 199,90



## PAGUE SUA FATURA COM PIX.

Escaneie o QR code ao lado com o aplicativo do seu banco.

QR Code válido até o vencimento. Para gerar um novo, acesse [pix.ccstelecom.com.br](http://pix.ccstelecom.com.br)



**Bradesco**

237

23790.33208 90113.208061 02003.554009 3 99880000025970

Beneficiário  
CCS CAMBORIU CABLE SYSTEM DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA / 82.855.164/0001-65

Vencimento  
10/02/2025

Data do Documento  
20/01/2025

Nº do Documento  
FAT2501201939

Ag / Cód Beneficiário  
0332.494519

Nosso Número  
09011320806024

Valor Documento  
R\$ 259,70

Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário)

APOS VENCIMENTO, COBRAR MULTA DE 2.00 %  
APOS VENCIMENTO, COBRAR MORA 1.00 % A.M

(-) Descontos /  
Abatimentos  
(+) Mora / Multa  
(=) Valor / Cobrado

Pagador

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS 76.708.098/0001-06



Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

## Precisa de ajuda?

Confira nossos canais de atendimento

f [telecom.ccs](https://www.telecom.ccs)  
@ [ccs.telecom](https://www.ccs.telecom)  
ccstelecom.com.br

(47) 3263-4700  
106 52

**CCS**  
TELECOM

07/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:51:30  
527105271 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3  
=====

BANCO INTER

07790001161211349819501939819023199880000089300

BENEFICIARIO:

32779895 FABIO MURARO SILVEIRA

NOME FANTASIA:

32779895 FABIO MURARO SILVEIRA

CNPJ: 32.779.895/0001-09

BENEFICIARIO FINAL:

32779895 FABIO MURARO SILVEIRA

CNPJ: 32.779.895/0001-09

PAGADOR:

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAM

CNPJ: 76.708.098/0001-06

NR. DOCUMENTO 20.704  
DATA DE VENCIMENTO 10/02/2025  
DATA DO PAGAMENTO 07/02/2025  
VALOR DO DOCUMENTO 893,00  
VALOR COBRADO 893,00

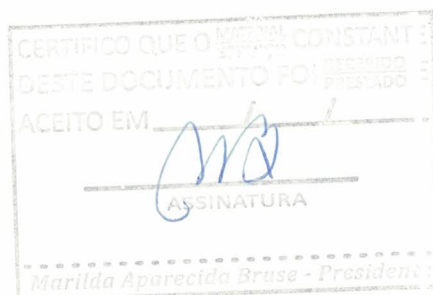
NR.AUTENTICACAO 1.18F.B68.1E0.CFA.2E1

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.

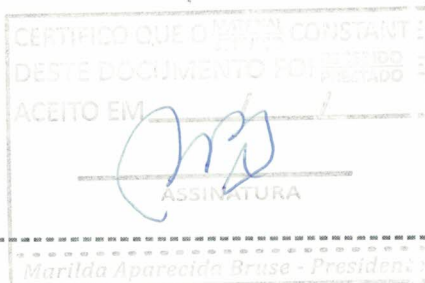
Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,  
outros produtos e servicos de Ouvidoria.







**Boleto Pix**  
**R\$ 893,00**



Quem vai receber:  
32779895 FABIO MURARO SILVEIRA



**Pague sua cobrança via Pix, o recebimento é instantâneo.**

Leia o QR Code no seu celular.



Beneficiário  
32.779.895/0001-09 - 32779895 FABIO MURARO SILVEIRA  
Endereço do Beneficiário  
AVENIDA BRASIL 3830 , 88330-063 BALNEARIO CAMBORIU - SC

|                                        |                        |                    |
|----------------------------------------|------------------------|--------------------|
| Pagador                                | Vencimento             | Valor do Documento |
| NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS | 10/02/2025             | 893,00             |
| Agência / Código do Beneficiário       | Autenticação Mecânica  |                    |
| 00019/313770972                        | 00019/112/9019398190-2 |                    |



**077-9**

**07790.00116 12113.498195 01939.819023 1 99880000089300**

|                                                                                                                                                                    |                 |                   |                  |                       |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Local De Pagamento                                                                                                                                                 |                 |                   |                  |                       | Vencimento                       |
| PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO                                                                                                                                          |                 |                   |                  |                       | 10/02/2025                       |
| Beneficiário                                                                                                                                                       |                 |                   |                  |                       | Agência / Código do Beneficiário |
| 32.779.895/0001-09 - 32779895 FABIO MURARO SILVEIRA                                                                                                                |                 |                   |                  |                       | 00019/313770972                  |
| Data do Documento                                                                                                                                                  | Nº do Documento | Espécie Documento | Aceite           | Data de Processamento | Nosso Número / Cód. do Documento |
| 03/02/2025                                                                                                                                                         | 0103022025      | DM                | NÃO              | 03/02/2025            | 00019/112/9019398190-2           |
| Uso do banco                                                                                                                                                       | Carteira        | Espécie Moeda     | Quantidade Moeda | Valor Moeda           | Valor do Documento               |
|                                                                                                                                                                    | 112             | BRL               |                  |                       | 893,00                           |
| Informações de responsabilidade do beneficiário<br><br>Multa de 2% em 11/02/2025. Mora de 1% a partir de 11/02/2025.<br><br>Data limite para pagamento: 12/03/2025 |                 |                   |                  |                       | (-) Desconto / Abatimento        |
|                                                                                                                                                                    |                 |                   |                  |                       | (-) Outras Deduções              |
|                                                                                                                                                                    |                 |                   |                  |                       | (+) Mora / Multa                 |
|                                                                                                                                                                    |                 |                   |                  |                       | (+) Outros Acréscimos            |
|                                                                                                                                                                    |                 |                   |                  |                       | (=) Valor cobrado                |

|                    |                                                                                                   |                              |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Pagador            | NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS<br>RUA 2870 903<br>CENTRO, 88330-360 BALNEÁRIO CAMBORIU/SC | CNPJ/CPF: 76.708.098/0001-06 |
| Beneficiário Final | 32779895 FABIO MURARO SILVEIRA                                                                    | CNPJ/CPF: 32.779.895/0001-09 |



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Chave de Acesso da NFS-e

4202008223277989500010900000000007525025046332287

Número da NFS-e  
75Competência da NFS-e  
03/02/2025Data e Hora da emissão da NFS-e  
03/02/2025 08:41:25Número da DPS  
73Série da DPS  
900Data e Hora da emissão da DPS  
03/02/2025 08:41:25A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada  
pela leitura deste código QR ou pela consulta da  
chave de acesso no portal nacional da NFS-e

|                                                                                         |                                               |                                            |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>EMITENTE DA NFS-e</b><br>Prestador do Serviço                                        | <b>CNPJ / CPF / NIF</b><br>32.779.895/0001-09 | <b>Inscrição Municipal</b><br>-            | <b>Telefone</b><br>(47) 3367-0644 |
| Nome / Nome Empresarial<br>32.779.895 FABIO MURARO SILVEIRA                             |                                               | E-mail<br>COMERCIAL.AGRAF@GMAIL.COM        |                                   |
| Endereço<br>BRASIL, 3830, CENTRO                                                        |                                               | Município<br>Balneário Camboriú - SC       | CEP<br>88330-063                  |
| Simplex Nacional na Data de Competência<br>Optante - Microempreendedor Individual (MEI) |                                               | Regime de Apuração Tributária pelo SN<br>- |                                   |
| <b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>                                                               | <b>CNPJ / CPF / NIF</b><br>76.708.098/0001-06 | <b>Inscrição Municipal</b><br>-            | <b>Telefone</b><br>-              |
| Nome / Nome Empresarial<br>NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS                       |                                               | E-mail<br>-                                |                                   |
| Endereço<br>2870, 903, CENTRO                                                           |                                               | Município<br>Balneário Camboriú - SC       | CEP<br>88330-360                  |

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

|                                                                                                                |                                     |                                               |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|
| <b>SERVIÇO PRESTADO</b>                                                                                        |                                     |                                               |                        |
| Código de Tributação Nacional<br>13.05.01 - Composição gráfica,<br>inclusive confecção de impressos<br>gráf... | Código de Tributação Municipal<br>- | Local da Prestação<br>Balneário Camboriú - SC | País da Prestação<br>- |
| Descrição do Serviço<br>500 PRONTUÁRIO MULTIDISCIPLINAR - CORTE RETO                                           |                                     |                                               |                        |

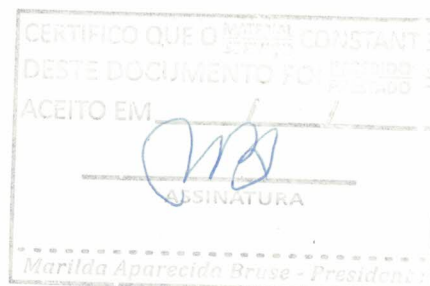
|                                            |                                             |                                                             |                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL</b>                |                                             |                                                             |                                         |
| Tributação do ISSQN<br>Operação Tributável | País Resultado da Prestação do Serviço<br>- | Município de Incidência do ISSQN<br>Balneário Camboriú - SC | Regime Especial de Tributação<br>Nenhum |
| Tipo de Imunidade<br>-                     | Suspensão da Exigibilidade do ISSQN<br>Não  | Número Processo Suspensão<br>-                              | Benefício Municipal<br>-                |
| Valor do Serviço<br>R\$ 893,00             | Desconto Incondicionado<br>-                | Total Deduções/Reduções<br>-                                | Cálculo do BM<br>-                      |
| BC ISSQN<br>-                              | Alíquota Aplicada<br>-                      | Retenção do ISSQN<br>Não Retido                             | ISSQN Apurado<br>-                      |

|                           |             |                             |                                      |
|---------------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <b>TRIBUTAÇÃO FEDERAL</b> |             |                             |                                      |
| IRRF<br>-                 | CP<br>-     | CSLL<br>-                   |                                      |
| PIS<br>-                  | COFINS<br>- | Retenção do PIS/COFINS<br>- | <b>TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL</b><br>- |

|                                      |                              |                                |                                      |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <b>VALOR TOTAL DA NFS-E</b>          |                              |                                |                                      |
| Valor do Serviço<br>R\$ 893,00       | Desconto Condicionado<br>R\$ | Desconto Incondicionado<br>R\$ | ISSQN Retido<br>-                    |
| IRRF, CP, CSLL - Retidos<br>R\$ 0,00 | PIS/COFINS Retidos<br>-      |                                | Valor Líquido da NFS-e<br>R\$ 893,00 |

|                                        |                |                 |  |
|----------------------------------------|----------------|-----------------|--|
| <b>TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS</b> |                |                 |  |
| Federais<br>-                          | Estaduais<br>- | Municipais<br>- |  |

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.51.30  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E0000000020250207123952768484119  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$519,35  
TARIFA: R\$0,00  
DATA: 07/02/2025 - 09:50:00  
COD PRODUTO: 3ed794b06a6f4ef0a7e0b79bc446alf4  
DEVEDOR: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS  
CNPJ DO DEVEDOR: 76.\*\*\*.\*\*\*/\*-06

PAGO PARA: Caixa Economica Federal  
CNPJ: 360.305/0001-04  
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 07/02/2025 - 09:50:01

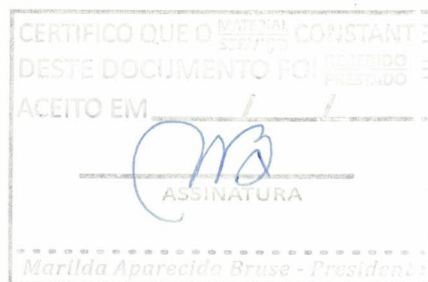
DOCUMENTO: 020705  
AUTENTICACAO SISBB: 0.4B5.836.200.71A.83A

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.



Pagar este documento até

**20/02/2025**

às 21:59:59 (Brasília)

Valor a recolher

**519,35**

CPF/CNPJ do Empregador  
76.708.098

Nome/Razão Social do Empregador  
NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

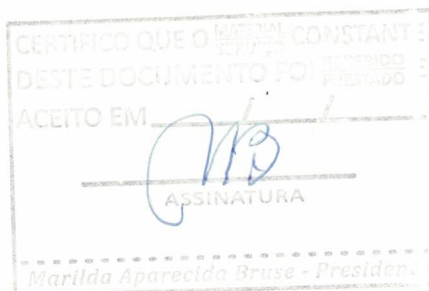
Núm. de Pág.  
1

Identificador  
0125012851336319-9

Tag  
76708098 01/2025 MENSAL

### Composição do Documento

| Competência  | Quantidade<br>Trabalhadores | FGTS Mensal | FGTS Rescisório | Indenização Compensatória | Encargos FGTS | Total  |
|--------------|-----------------------------|-------------|-----------------|---------------------------|---------------|--------|
| 01/2025      | 2                           | 519,35      | 0,00            | 0,00                      | 0,00          | 519,35 |
| Total Geral: |                             | 519,35      | 0,00            | 0,00                      | 0,00          | 519,35 |



Observações

Data de geração da Guia: 28/01/2025 às 18:13:20 - Página 1/ 1

O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/2589154abf7d4f72ab6cbfa234bb13a55204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503\*\*\*630433B4

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/2589154abf7d4f72ab6cbfa234bb13a5

Detalhe da Guia Emitida

Empregador: 76.708.098 Nome Empregador: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS Qtd. Trabalhadores FGTS: 2 Origem: Gestão de Guias

Vencimento da Guia: 20/02/2025 Total Parcelado: 0,00 Total da Guia (FGTS): 519,35

Número da Guia: 0125012851336319-9 Data Emissão: 28/01/2025 18:13:20 (Brasília) Emitida por: 021.302.159-55 - CALISTO TESTONI FILHO

Relação de Trabalhadores

| Estabelecimento: 76.708.098/0001-06 |                  |                               | Tomador: Sem Tomador |                |           |            |               |                        |                    |          |                    |       |        |        |
|-------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|----------------|-----------|------------|---------------|------------------------|--------------------|----------|--------------------|-------|--------|--------|
| Comp. Apuração                      | Comp. Referência | Nome Trabalhador              | Matrícula            | CPF            | Categoria | Vencimento | Tipo Depósito | Base Remuneração Total | Valor FGTS na Guia | Juros    | Atualiz. Monetária | Multa | Total  |        |
| 01/2025                             |                  | CENADE ROBALO ARAUJO          | Maintr20001004011    | 368.180.890-20 | 101       | 20/02/2025 | Mensal        | 1.754,13               | 140,33             | 0,00     | 0,00               | 0,00  | 140,33 |        |
| 01/2025                             |                  | KERCIA REGINA PERONDI ALESSIO | Maintr20001000112    | 041.717.229-00 | 101       | 20/02/2025 | Mensal        | 4.737,78               | 379,02             | 0,00     | 0,00               | 0,00  | 379,02 |        |
| Total do Tomador                    |                  |                               |                      |                |           |            |               |                        | 519,35             | 0,00     | 0,00               | 0,00  | 519,35 |        |
| Total do Estabelecimento            |                  |                               |                      |                |           |            |               |                        | 76.708.098/0001-06 | 6.491,91 | 0,00               | 0,00  | 0,00   | 519,35 |
| Total FGTS                          |                  |                               |                      |                |           |            |               |                        | 519,35             | 0,00     | 0,00               | 0,00  | 519,35 |        |



Vencimento da Guia: 20/02/2025

Total Parcelado:

|                                 |                              |                                |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Qtd. Trabalhadores FGTS:</b> | <b>2</b>                     | <b>Origem: Gestão de Guias</b> |
| <b>0,00</b>                     | <b>Total da Guia (FGTS):</b> | <b>519,35</b>                  |

Número da Guia: 0125012851336319-9 Data Emissão: 28/01/2025 18:13:20 (Brasília) Emitida por: 021.302.159-55 - CALISTO TESTONI FILHO

## Relação de Categorias

**Estabelecimento:** 76.708.098/0001-06

| Comp. Apuração | Categoria | Qtd. Trabalhadores | Base Remuneração<br>Total | FGTS Mensal na Guia | FGTS Rescisório na<br>Guia | Ind. Compensatória<br>na Guia | Juros | Atualiz. Monetária | Multa | Total  |
|----------------|-----------|--------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------------|-------|--------------------|-------|--------|
| 01/2025        | 101       | 2                  | 6.491,91                  | 519,35              | 0,00                       | 0,00                          | 0,00  | 0,00               | 0,00  | 519,35 |
|                |           | Total FGTS         | 6.491,91                  | 519,35              | 0,00                       | 0,00                          | 0,00  | 0,00               | 0,00  | 519,35 |

### Descrição das categorias

- 101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público da administração direta ou indireta contratado pela CLT
- 102 - Empregado - Trabalhador rural por pequeno prazo da Lei 11.718/2008
- 103 - Empregado - Doméstico
- 104 - Empregado - Doméstico
- 105 - Empregado - Contrato a termo firmado nos termos da Lei 9.601/1998
- 106 - Trabalhador temporário - Contrato nos termos da Lei 6.019/1974
- 107 - Empregado - Contrato de trabalho Verde e Amarelo - sem acordo para antecipação mensal da multa rescisória do FGTS
- 108 - Empregado - Contrato de trabalho Verde e Amarelo - com acordo para antecipação mensal da multa rescisória do FGTS
- 111 - Empregado - Contrato de trabalho intermitente
- 201 - Trabalhador avulso portuário
- 301 - Servidor público titular de cargo efetivo, magistrado, membro do Tribunal de Contas, conselheiro de Tribunal de Contas e membro do Ministério Público
- 302 - Servidor público ocupante de cargo efetivo, magistrado, membro do Tribunal de Contas, conselheiro de Tribunal de Contas e membro do Ministério Público
- 303 - Exercente de mandato eletivo
- 304 - Exercente de mandato eletivo
- 305 - Servidor público exercente de mandato eletivo, inclusive com exercício de cargo em comissão
- 306 - Servidor público titular de cargo em comissão
- 307 - Militar
- 308 - Conselheiro
- 309 - Conselheiro
- 310 - Servidor público eventual
- 311 - Ministros, juizes, procuradores, promotores ou oficiais de justiça à disposição da Justiça Eleitoral
- 312 - Auditor fiscal
- 313 - Auditor fiscal
- 400 - Trabalhador colaborador exercendo seu ofício de profissional liberal - Informação prestada pelo contribuinte individual
- 410 - Trabalhador colaborador exercendo seu ofício de profissional liberal - Informação prestada pelo contribuinte individual
- 701 - Contribuinte individual - Autônomo em geral, exceto se enquadrado em uma das demais categorias de contribuinte individual
- 702 - Contribuinte individual - Transportador autônomo de carga
- 721 - Contribuinte individual - Dirigente de empresa
- 722 - Contribuinte individual - Diretor não empregado, sem FGTS
- 723 - Contribuinte individual - Empresário, sócio e membro do conselho de administração ou fiscal
- 731 - Contribuinte individual - Cooperado que presta serviços por intermédio da cooperativa de trabalho
- 732 - Contribuinte individual - Cooperado que presta serviços por intermédio da cooperativa de trabalho
- 741 - Contribuinte individual - Magistrado classista temporário da Justiça do Trabalho ou da Justiça Eleitoral que seja aposentado de qualquer regime previdenciário
- 751 - Contribuinte individual - Associado eleito para direção de cooperativa, associação ou entidade de classe de qualquer natureza ou finalidade, bem como o síndico ou administrador eleito para exercer atividade de direção condominial, desde que recebam remuneração
- 761 - Contribuinte individual - Magistrado classista temporário da Justiça do Trabalho ou da Justiça Eleitoral que seja aposentado de qualquer regime previdenciário
- 771 - Ministro de conselheiro religioso ou membro de vida consagrada, de congregação ou de ordem religiosa
- 901 - Estagiário
- 902 - Estagiário
- 903 - Beneficiário de pensão da Lei 8.951/1994
- 904 - Participante de curso de formação, como etapa de concurso público, sem vínculo de empregado/estagiário
- 905 - Aluna não profissional em formação, como etapa de concurso público, sem vínculo de empregado/estagiário



Detalhe da Guia Emitida

Empregador: 76.708.098

Nome Empregador: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Qtd. Trabalhadores FGTS: 2

Origem: Gestão de Guias

Vencimento da Guia: 20/02/2025

Total Parcelado: 0,00

Total da Guia (FGTS): 519,35

Número da Guia: 0125012851336319-9

Data Emissão: 28/01/2025 18:13:20 (Brasília)

Emitida por: 021.302.159-55 - CALISTO TESTONI FILHO

Relação de Estabelecimentos

| Comp. Apuração | Estabelecimento   | Qtd. Trabalhadores | Base Remuneração Total | FGTS Mensal na Guia | FGTS Rescisório na Guia | Ind. Compensatória na Guia | Juros | Atualiz. Monetária | Multa | Total  |
|----------------|-------------------|--------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------|-------|--------------------|-------|--------|
| 01/2025        | 76.708.098/001-06 | 2                  | 6.491,91               | 519,35              | 0,00                    | 0,00                       | 0,00  | 0,00               | 0,00  | 519,35 |
|                |                   | Total FGTS         | 6.491,91               | 519,35              | 0,00                    | 0,00                       | 0,00  | 0,00               | 0,00  | 519,35 |



Detalhe da Guia Emitida

Empregador: 76.708.098 Nome Empregador: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Qtd. Trabalhadores FGTS: 2 Origem: Gestão de Guias

Vencimento da Guia: 20/02/2025

Total Parcelado: 0,00

Total da Guia (FGTS): 519,35

Número da Guia: 0125012851336319-9 Data Emissão: 28/01/2025 18:13:20 (Brasília)

Emitida por: 021.302.159-55 - CALISTO TESTONI FILHO

Relação de Tipos de Valor

| Estabelecimento: |                  | 76.708.098/0001-06 |                        |                     |                         |                            |       |                    |       |        |  |
|------------------|------------------|--------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------|-------|--------------------|-------|--------|--|
| Comp. Apuração   | Tipo de Valor    | Qtd. Trabalhadores | Base Remuneração Total | FGTS Mensal na Guia | FGTS Rescisório na Guia | Ind. Compensatória na Guia | Juros | Atualiz. Monetária | Multa | Total  |  |
| 01/2025          | 11 - FGTS mensal | 2                  | 6.491,91               | 519,35              | 0,00                    | 0,00                       | 0,00  | 0,00               | 0,00  | 519,35 |  |
| Total FGTS       |                  |                    | 6.491,91               | 519,35              | 0,00                    | 0,00                       | 0,00  | 0,00               | 0,00  | 519,35 |  |



Detalhe da Guia Emitida

Empregador: 76.708.098 Nome Empregador: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Vencimento da Guia: 20/02/2025

Número da Guia: 0125012851336319-9 Data Emissão: 28/01/2025 18:13:20 (Brasília)

Qtd. Trabalhadores FGTS: 2 Origem: Gestão de Guias

Total Parcelado: 0,00

Emitida por: 021.302.159-55 - CALISTO TESTONI FILHO

Total da Guia (FGTS): 519,35

Relação de Tomadores de Serviço

| Tomador: Sem Tomador |                    |                        |                     |                         |                            |       |                    |       |       |        |
|----------------------|--------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------|-------|--------------------|-------|-------|--------|
| Comp. Apuração       | Qtd. Trabalhadores | Base Remuneração Total | FGTS Mensal na Guia | FGTS Rescisório na Guia | Ind. Compensatória na Guia | Juros | Atualiz. Monetária | Multa | Total |        |
| 01/2025              | 2                  | 6.491,91               | 519,35              | 0,00                    | 0,00                       | 0,00  | 0,00               | 0,00  | 0,00  | 519,35 |
| Total FGTS           |                    | 6.491,91               | 519,35              | 0,00                    | 0,00                       | 0,00  | 0,00               | 0,00  | 0,00  | 519,35 |

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.51.30  
5271X05271 SEGUNDA VIA 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC

AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

Convenio EMASA - BALN CAMBORIU

Codigo de Barras 82680000001-8 04281027000-1  
00000001017-3 12542501000-1

Data do pagamento 07/02/2025

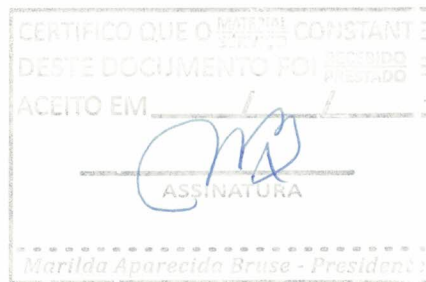
Valor em Dinheiro 104,28

Valor em Cheque 0,00

Valor Total 104,28

DOCUMENTO: 020706

AUTENTICACAO SISBB: 7.E1A.E44.885.159.2EF







SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 11.29.46  
5271X05271 SEGUNDA VIA 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====  
Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS

Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.

Codigo de Barras . 85810000164-8 87260385250-3

51071625028-3 12179250490-8

Data do pagamento 07/02/2025

Numero do Documento 07.16.25028.1217925-0

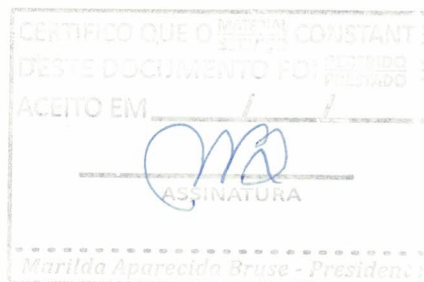
Valor Total 16.487,26

-----  
Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo

Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011

-----  
DOCUMENTO: 020707

AUTENTICACAO SISBB: 8.1CE.499.A06.D88.AEB





# Receita Federal

## Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ  
**76.708.098/0001-06**

Razão Social  
**NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS**

Período de Apuração  
**Janeiro/2025**

Data de Vencimento  
**20/02/2025**

Número do Documento  
**07.16.25028.1217925-0**

Pagar este documento até

**20/02/2025**

Observações

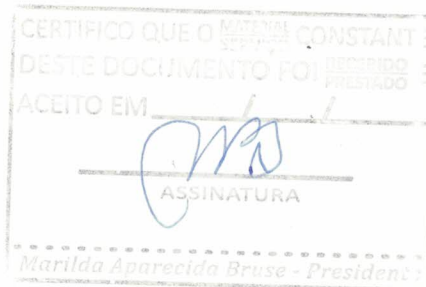
**Nº Recibo Declaração: 50000305705897**

Valor Total do Documento

**16.487,26**

### Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação                                       | Principal | Multa | Juros | Total    |
|--------|---------------------------------------------------|-----------|-------|-------|----------|
| 1082   | CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO     | 607,97    |       |       | 607,97   |
|        | 01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO               |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1099   | CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 11     | 5.028,76  |       |       | 5.028,76 |
|        | 01 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 11% |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1138   | CONTRIB PREVIDENCIÁRIA EMPRESA/EMPREGADOR         | 1.298,38  |       |       | 1.298,38 |
|        | 01 CP PATRONAL - EMPREGADOS/AVULSOS               |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1138   | CONTRIB PREVIDENCIÁRIA EMPRESA/EMPREGADOR         | 9.143,20  |       |       | 9.143,20 |
|        | 04 CP PATRONAL - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS        |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1646   | CONTRIB PREV RISCO AMBIENTAL/APOSENT ESPECIAL     | 32,45     |       |       | 32,45    |
|        | 01 CP PATRONAL - GILRAT AJUSTADO                  |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1170   | CP TERCEIROS - SALÁRIO EDUCAÇÃO                   | 162,29    |       |       | 162,29   |
|        | 01 CP TERCEIROS - SALÁRIO EDUCAÇÃO                |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1176   | CP TERCEIROS - INCRA                              | 12,98     |       |       | 12,98    |
|        | 01 CP TERCEIROS - INCRA                           |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1191   | CP TERCEIROS - SENAC                              | 64,91     |       |       | 64,91    |
|        | 01 CP TERCEIROS - SENAC                           |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1196   | CP TERCEIROS - SESC                               | 97,37     |       |       | 97,37    |
|        | 01 CP TERCEIROS - SESC                            |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |
| 1200   | CP TERCEIROS - SEBRAE                             | 38,95     |       |       | 38,95    |
|        | 01 CP TERCEIROS - SEBRAE                          |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                  |           |       |       |          |



SEND A (Versão:5.2.0)

Página: 1 / 2

28/01/2025 18:12:55

85810000164 8 87260385250 3 51071625028 3 12179250490 8

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85810000164 8 87260385250 3 51071625028 3 12179250490 8



CNPJ: 76.708.098/0001-06  
Número: 07.16.25028.1217925-0  
Pagar até: 20/02/2025  
Valor: 16.487,26

Pague com o PIX





Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação | Principal | Multa | Juros | Total     |
|--------|-------------|-----------|-------|-------|-----------|
|        | Totais      | 16.487,26 |       |       | 16.487,26 |

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**  
**DCTFWeb**  
**EXTRATO DO PROCESSAMENTO : Geral - 01/2025**

|                                             |                                        |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Nome/Razão Social</b>                    | NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS |
| <b>CNPJ/CPF</b>                             | 76.708.098/0001-06                     |
| <b>CNO</b>                                  |                                        |
| <b>Número da Declaração</b>                 | 320250120252609570591                  |
| <b>Número Processo/ Demanda Trabalhista</b> |                                        |
| <b>Número Recibo</b>                        | 0000050000305705897                    |
| <b>Data da Transmissão</b>                  | 28/01/2025                             |
| <b>Tipo Declaração</b>                      | Original                               |
| <b>Situação Declaração</b>                  | Ativa                                  |

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 11.29.46  
5271X05271 SEGUNDA VIA 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

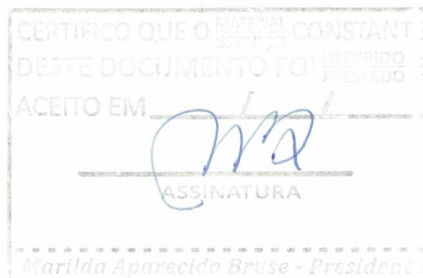
Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS  
Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.  
Codigo de Barras 85800000020-8 92100385250-4  
51071625028-3 12174002595-2  
Data do pagamento 07/02/2025  
Numero do Documento 07.16.25028.1217400-2  
Valor Total 2.092,10

-----

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo  
Conjunto n° 01 de 31 de outubro de 2011

-----

DOCUMENTO: 020708  
AUTENTICACAO SISBB: A.831.7FC.85B.834.AC3







Receita Federal

Documento de Arrecadação  
de Receitas Federais

CNPJ  
76.708.098/0001-06

Razão Social  
NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Período de Apuração  
Janeiro/2025

Data de Vencimento  
20/02/2025

Número do Documento  
07.16.25028.1217400-2

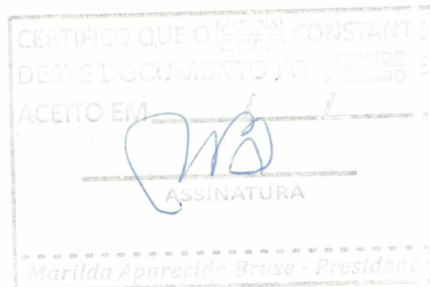
Pagar este documento até  
20/02/2025

Observações  
Nº Recibo Declaração: 50000305705897

Valor Total do Documento  
2.092,10

Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação                                     | Principal | Multa | Juros | Total    |
|--------|-------------------------------------------------|-----------|-------|-------|----------|
| 0588   | IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO       | 2.092,10  |       |       | 2.092,10 |
| 06     | IRRF - REND DO TABALHO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO |           |       |       |          |
|        | PA:01/2025 Vencimento:20/02/2025                |           |       |       |          |
| Totais |                                                 | 2.092,10  |       |       | 2.092,10 |



SENDA (Versão:5.2.0)

Página: 1/1

28/01/2025 18:12:47

85800000020 8 92100385250 4 51071625028 3 12174002595 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800000020 8

92100385250 4

51071625028 3

12174002595 2

CNPJ: 76.708.098/0001-06

Número: 07.16.25028.1217400-2

Pagar até: 20/02/2025

Valor: 2.092,10

Pague com o PIX



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 11.29.46  
5271X05271 SEGUNDA VIA 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

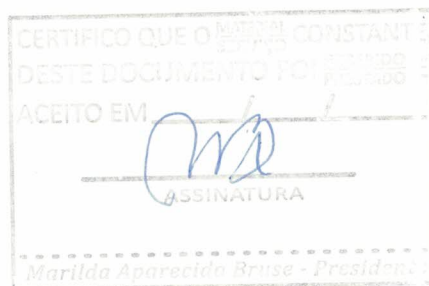
Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS  
Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.  
Codigo de Barras 85800000000-3 64910385250-7  
56071625028-0 12166034048-7  
Data do pagamento 07/02/2025  
Numero do Documento 07.16.25028.1216603-4  
Valor Total 64,91

-----

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo  
Conjunto n° 01 de 31 de outubro de 2011

-----

DOCUMENTO: 020709  
AUTENTICACAO SISBB: 6.816.E00.47C.43A.438





Receita Federal

Documento de Arrecadação  
de Receitas Federais

CNPJ

76.708.098/0001-06

Razão Social

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

Período de Apuração

Janeiro/2025

Data de Vencimento

25/02/2025

Número do Documento

07.16.25028.1216603-4

Pagar este documento até

25/02/2025

Observações

Nº Recibo Declaração: 50000305705897

Valor Total do Documento

64,91

Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação                      | Principal | Multa | Juros | Total |
|--------|----------------------------------|-----------|-------|-------|-------|
| 8301   | PIS - FOLHA DE SALARIOS          | 64,91     |       |       | 64,91 |
|        | 02 PIS - FOLHA DE SALARIOS       |           |       |       |       |
|        | PA:01/2025 Vencimento:25/02/2025 |           |       |       |       |
|        | Totais                           | 64,91     |       |       | 64,91 |



SENDa (Versão:5.2.0)

Página: 1 / 1

28/01/2025 18:12:34

85800000000 3

64910385250 7

56071625028 0

12166034048 7

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800000000 3

64910385250 7

56071625028 0

12166034048 7

CNPJ:

76.708.098/0001-06

Número:

07.16.25028.1216603-4

Pagar até:

25/02/2025

Valor:

64,91

Pague com o PIX



07/02/2025, 11:29

about:blank

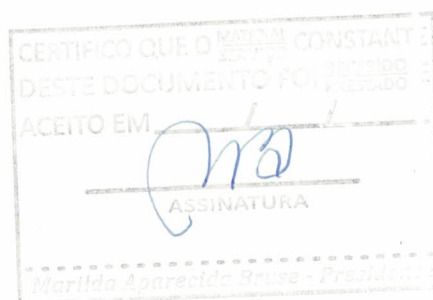
SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 11.29.46  
5271X05271 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

Convenio CLARO S.A.  
Codigo de Barras 84860000000-7 53630162202-0  
50212113041-8 41608214122-5  
Data do pagamento 07/02/2025  
Valor Total 53,63

DOCUMENTO: 020710  
AUTENTICACAO SISBB: 9.7FD.93C.155.22A.326



about:blank



NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS  
R 2870 903 CENTRO  
88330-360 BALNEARIO CAMBORIU SC

Período de uso  
de 20/12/2024 a 19/01/2025

Vencimento  
12/02/2025

Nº da conta: 113041416  
Nº do cliente: 106657678  
CPF/CNPJ 76.708.098/0001-06  
Razão Social: Claro S/A  
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47  
CNPJ Filial: 40.432.544/0191-66

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado R\$ 53,63

Total a-pagar

R\$ 53,63

## CANAIS DE ATENDIMENTO:

Atendimento Claro - Ligue 1052  
Ouvidoria - Ligue 08007010180  
No Site Minha Claro Empresas - [www.minhaclaroempresas.claro.com.br](http://www.minhaclaroempresas.claro.com.br)

## 1. PLANO CONTRATADO

VALOR R\$

### Individual

Oferta Claro Total Mix Plugin Celular  
Plug-In Celular [072]  
Aplicativos Digitais

53,63

SUBTOTAL - PLANO CONTRATADO

R\$ 53,63

## SERVIÇOS CONTRATADOS E UTILIZADOS

Contratado

Utilizado

Excedente

VALOR R\$

VOZ

Ilimitado

0,00

TOTAL A PAGAR

R\$ 53,63

## AVISOS AO CLIENTE

Informações sobre regra de suspensão da inadimplência conforme RGC 632/2014 Art 90 a 97: Transcorridos 15 dias da Notificação do débito poderá ocorrer a Susp Parcial, transcorridos 30 dias da susp parcial poderá ocorrer a Susp Total, e transcorridos 30 dias da susp total o contrato poderá ser rescindido. Da rescisão do contrato poderá ocorrer a inclusão do registro do débito junto aos órgãos de Proteção ao crédito. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central Anatel: 1331. Pague sua conta nos bancos credenciados: Bradesco, Banco do Brasil, CEF, Itaú, Santander e outros. As regras do roaming internacional sofrerão mudanças a partir de abril. Para conhecer, consulte o regulamento em <https://www.claro.com.br/empresas/celular/claro-passaporte>.

## DOCUMENTO FINANCEIRO Nº 34785748/012025

### Descrição

PJ Cloud 10GB Individual

Valor ISS (R\$)

0,28

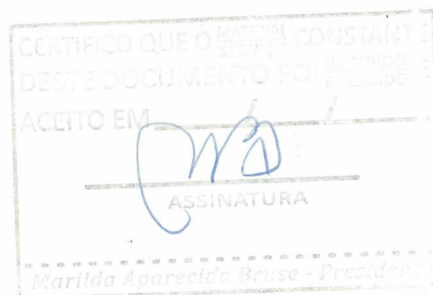
Valor cobrado (R\$)

14,19

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,28

14,19



Prezado Cliente, este boleto não quita saldos de meses anteriores.

Autenticação Mecânica  
Para uso do banco



CLIENTE  
NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

84860000000-7 53630162202-0 50212113041-8 41608214122-5



Débito Automático  
113041416

Data de Vencimento  
12/02/2025

Valor  
R\$ 53,63

Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não anular o código de barras.

Pague  
com  
Pix





NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 33243788/012025

Claro S/A  
Praça Pereira Oliveira, 92, - Centro Andar 06  
88010-540 - Florianópolis - SC  
CNPJ 40.432.544/0191-66  
Inscrição Estadual 255381832  
Atendimento Claro: 1052  
www.claro.com.br

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS  
R 2870 903 - CENTRO  
88330-360 - BALNEARIO CAMBORIU - SC  
CPF/CNPJ 76.708.098/0001-06  
Nº da conta: 113041416  
Nº do cliente: 106657678

Modelo: 22 Série B23 Via Única  
Data de emissão: 20/01/2025  
Período: 20/12/2024 a 19/01/2025  
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:  
9528.f6b2.75a5.8438.d5d2.8zOa.da37.c7c5

| Serviços                          | Base de cálculo (R\$) ICMS | Aliquota (%) | Valor ICMS  | Isento/Não Tributável (R\$) | Valor (R\$)  |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------|-------------|-----------------------------|--------------|
| Plug-In Celular                   | 32,35                      | 17,00        | 5,50        |                             | 32,35        |
| <b>Valor Total da Nota Fiscal</b> | <b>32,35</b>               |              | <b>5,50</b> | <b>0,00</b>                 | <b>32,35</b> |

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%  
Documento fiscal emitido conforme autorização do art. 22-M, Anexo 7, RICMS/SC.

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES Nº 1112902/012025

Claro SA  
Praça Pereira Oliveira, 92, 110 - Centro Andar 06  
88010-540 - Florianópolis - SC  
CNPJ 40.432.544/0191-66  
Inscrição Estadual 255381832

NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS  
R 2870 903 - CENTRO  
88330-360 - BALNEARIO CAMBORIU - SC  
CPF/CNPJ 76.708.098/0001-06  
Nº da conta: 113041416  
Nº do cliente: 106657678

Modelo: 22 Série A7B Via Única  
Data de emissão: 20/01/2025  
Período: 20/12/2024 a 19/01/2025  
CFOP: 5307

Reservado ao Fisco:  
42ed.cba8.f9cd.3a6a.9577.15a1.ecba.13ee

| Serviços                          | Base de cálculo (R\$) ICMS | Aliquota (%) | Valor ICMS  | Isento/Não Tributável (R\$) | Valor (R\$) |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------|-------------|-----------------------------|-------------|
| Plug-In Celular                   | 7,09                       | 17,00        | 1,21        |                             | 7,09        |
| <b>Valor Total da Nota Fiscal</b> | <b>7,09</b>                |              | <b>1,21</b> | <b>0,00</b>                 | <b>7,09</b> |

Contribuição para o Fust 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Tributos Federais (PIS e COFINS) 3,65%  
Documento fiscal emitido conforme autorização do art. 22-M, Anexo 7, RICMS/SC.

Autorização para Débito em Conta

Autorizo o Débito Automático dos valores devidos em razão de serviço móvel pessoal prestado pela Claro PR/SC na conta corrente abaixo especificada. Comprometo-me a manter saldo suficiente e disponível para arcar com o débito destes valores na data do seu vencimento. O código de identificação para Débito Automático está impresso abaixo.

Código Débito Automático: 113041416 Claro PR/SC

Nome do Cliente: CPF/CNPJ:

Banco:

Número da conta Corrente:

Agência:

CPF/CNPJ:

Data:

Assinatura:

84860000000-7 53630162202-0 50212113041-8 41608214122-5

VALOR DE COBRANÇAS POR CELULAR - USO POR TIPO DE LIGAÇÃO E SERVIÇOS EXCEDENTES

(47) 98811 8325

**Cobranças e Descontos**

Oferta Claro Total Mix Plugin Celular  
Plug-In Celular  
Aplicativos Digitais

R\$ 53,63

TOTAL PARA CADA CELULAR

R\$ 53,63

DETALHAMENTO DE LIGAÇÕES E SERVIÇOS DO CELULAR (47) 98811 8325

**Mensalidades e Pacotes Promocionais**

**Descrição**

Oferta Claro Total Mix Plugin Celular  
Plug-In Celular  
Aplicativos Digitais

Total (R\$)

53,63

R\$ 53,63

TOTAL

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 11.29.46  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E00000000020250207142804299227443  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$473,45  
TARIFA: R\$4,68  
DATA: 07/02/2025 - 11:29:05

-----

PAGO PARA: Janio Alves Mota  
CNPJ: 4.319.368/0001-78  
CHAVE PIX: 04319368000178  
INSTITUICAO: 78825270 CCLA MAXI ALFA  
AGENCIA: 3069 - CONTA: 00000000000001722590  
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

-----

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

-----

Notificacao enviada em: 07/02/2025 - 11:29:08

-----

DOCUMENTO: 020711  
AUTENTICACAO SISBB: 7.65F.F2C.D6F.AE0.75D

-----

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala  
0800 729 0088  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao  
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.





## PLASTIPEL EMBALAGENS

JANIO ALVES MOTA ME

4. AVENIDA, 163

CENTRO - Balneario Camboriu - SC

Fone: (47) 3264-6605 - CEP: 88330-105

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRONICA0 - ENTRADA 1  
1 - SAIDANº 000.021.437  
SERIE: 001  
FOLHA: 1 DE 1

CHAVE DE ACESSO

4225 0204 3193 6800 0178 5500 1000 0214 3711 0035 3627

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242250049104193 07/02/2025 17:43:39

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda Merc. Adq. Terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL

254541097

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST. TRIBUTÁRIO

C.N.P.J.

04.319.368/0001-78

## DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

NAHC NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO CAMPOS

ENDEREÇO

RUA 2870, 903

MUNICÍPIO

Balneario Camboriu

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

C.N.P.J./C.P.F.

76.708.098/0001-06

C.E.P.

88330-454

DATA DA EMISSÃO

07/02/2025

DATA DA SAÍDA

07/02/2025

HORA DE SAÍDA

17:43:00

## INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME/RAZÃO SOCIAL/CNTO

Retirar no próprio estabelecimento

ENDEREÇO

4. AVENIDA, 163,

MUNICÍPIO

Balneario Camboriu

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

C.N.P.J./C.P.F.

76.708.098/0001-06

INSCRIÇÃO ESTADUAL

88330-105

C.E.P.

88330-105

FONE/FAX

UF

SC

Complemento/Referência

ESQUINA RUA 600

## PAGAMENTOS

| TIPO/DESCRIÇÃO         | VENCIMENTO | R\$ VALOR | TIPO/DESCRIÇÃO | VENCIMENTO | R\$ VALOR |
|------------------------|------------|-----------|----------------|------------|-----------|
| 01-Duplicata Mercantil | -          | 473,45    |                |            |           |

## CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 473,45                  | 80,45           | 0,00                              | 0,00                       | 473,45                   |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                          | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI             |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                              | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                                   |                            | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                                   |                            | 473,45                   |

## TRANSPORTADOR / VOLUME TRANSPORTADO

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CODIGO ANTI | PLACA DO VEICULO   | UF         | C.N.P.J./C.P.F. |
|--------------|-----------------|-------------|--------------------|------------|-----------------|
| --           | 9-Sem Frete     |             |                    |            |                 |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO       | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |                 |
| --           | --              |             |                    |            |                 |
| QUANTIDADE   | ESPECIE         | MARCA       | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO    |
| 0            |                 |             |                    | 0          | 0               |

## DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CODIGO NCM/SH | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS              | CODIGO EAN    | CFOP CST | QTD UNID  | VLR. UNIT. VLR. DESC. | VLR. TOTAL BASE ICMS | VLR. ICMS VLR. IPI | ICMS IPI |
|---------------|----------------------------------------------|---------------|----------|-----------|-----------------------|----------------------|--------------------|----------|
| 007005        | ALCOOL 5L LÍQUIDO 70%                        | SEM GTIN      | 5102 000 | 1,0000 UN | 36,6000 0,0000        | 36,60                | 6,22 0,00          | 17,00    |
| 006828        | SACOLA C/3KG 60X75 REC. BRANCA               | SEM GTIN      | 5102 000 | 1,0000 UN | 59,9000 0,0000        | 59,90                | 10,18 0,00         | 17,00    |
| 003400        | ALVEJANTE 1L QBOA LAVANDA C/ CLORO           | SEM GTIN      | 5102 000 | 3,0000 UN | 5,9500 0,0000         | 17,85                | 3,03 0,00          | 17,00    |
| 001518        | SACO LIXO 30L C/100 PRETO 59X62X0,05         | SEM GTIN      | 5102 000 | 1,0000 UN | 27,0000 0,0000        | 27,00                | 4,59 0,00          | 17,00    |
| 002484        | FILTRO DE PAPEL P/ CAFE 103                  | SEM GTIN      | 5102 000 | 2,0000 UN | 6,5000 0,0000         | 13,00                | 2,21 0,00          | 17,00    |
| 003424        | PAPEL TOALHA 23X20 TRENDS F. DUPLA C/250     | SEM GTIN      | 5102 000 | 3,0000 UN | 13,9000 0,0000        | 41,70                | 7,08 0,00          | 17,00    |
| 007026        | PA COLETORA ARTICULADA C/ TAMP A PERFECT PRO | 7898951048898 | 5102 000 | 1,0000 UN | 29,9000 0,0000        | 29,90                | 5,08 0,00          | 17,00    |
| 001589        | MOP ESFREGAO DE PVA CONDOR                   | SEM GTIN      | 5102 000 | 1,0000 UN | 68,9000 0,0000        | 68,90                | 11,71 0,00         | 17,00    |
| 002856        | PAPEL TOALHA IPEL FIT 23X21 C/1000           | SEM GTIN      | 5102 000 | 3,0000 UN | 31,9000 0,0000        | 95,70                | 16,26 0,00         | 17,00    |
| 000780        | ALCOOL GEL 5L CLEAN ANTISSEPTICO PREMISSE    | SEM GTIN      | 5102 000 | 1,0000 UN | 82,9000 0,0000        | 82,90                | 14,09 0,00         | 17,00    |

## CÁLCULO DO I.S.S.Q.N.

| INSCRIÇÃO MUNICIPAL  | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| 00000000000000000000 | 0,00                     | 0,00                     | 0,00           |

## DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Convenio de ICMS 57/95.  
Pedido: 55804 (Vendedor: 12-CAIXA/Cod. Cliente: 156)

RESERVADO AO FISCO

VALORES FCP (VLR: 0,00 VLR. ST: 0,00 VLR. Ret: 0,00)

CERTIFICADO QUE O RECEBIMENTO  
DESTA DOCUMENTO FOI  
ACEITO EM  
ASSINATURA

DANFE NORMAL - NFe autorizada pelo SEFAZ

www.polisoftware.com.br | VEGA 4.2.7.7 | Impresso: 07/02/2025 17:44

Digest Value da NF-e: 82yFBI7qX5NIB4UKszkVDTg=

RECEBEMOS DE "JANIO ALVES MOTA ME" OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO  
Emissão: 07/02/2025 Dest/Rem: NAHC NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO CAMPOS Total da Nota: 473,45

42250204319368000178550010000214371100353627

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº: 000.021.437  
SERIE: 001



10/02/2025 - BANCO DO BRASIL - 08:13:06  
927105271 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3  
=====

BCO BRADESCO S.A.

23790332089000000087819025677808399950000058181  
BENEFICIARIO:

PAPELARIA COR-DE-ROSA

NOME FANTASIA:

PAPELARIA COR-DE-ROSA

CNPJ: 02.486.117/0001-52

BENEFICIARIO FINAL:

PAPELARIA COR-DE-ROSA

CNPJ: 02.486.117/0001-52

PAGADOR:

NAHC- NUCLEO ASS. HUMBERTO DE

CNPJ: 76.708.098/0001-06  
=====

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 21.001     |
| DATA DE VENCIMENTO | 17/02/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 10/02/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 581,81     |
| VALOR COBRADO      | 581,81     |

NR.AUTENTICACAO A.9E5.C35.28E.157.1FB  
=====

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

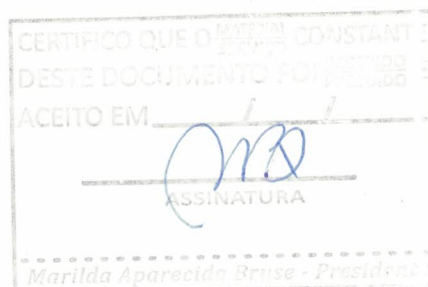
0800 729 5678

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.



RECIBO DO BENEFICIÁRIO

|              |               |                                                               |                 |
|--------------|---------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|
| Beneficiário |               | IDALECIO EDUARDO EPP CNPJ : 02.486.117/0001-52                |                 |
| Pagador      |               | NAHC- NUCLEO ASS. HUMBERTO DE CAMPO, CNPJ: 76.708.098/0001-06 |                 |
| Nº Documento | M89741/1      | Vencimento                                                    | 17/02/2025      |
| Banco        | 237-7         | Agência/Beneficiário                                          | 0332 / 256778-4 |
| Nosso Numero | 00000008719-2 | Valor                                                         | R\$ 581,81      |
|              |               | Assinatura do Pagador                                         |                 |

Corte na linha abaixo

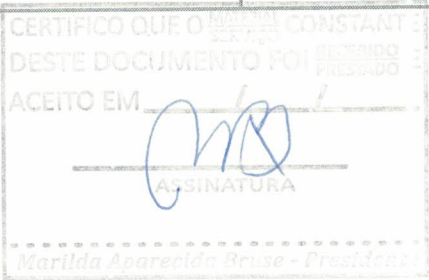
RECIBO DO PAGADOR

|                                                                                   |  |                      |  |                                                        |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------------------------------|-----------------------|
|  |  | 237-2                |  | 23790.33208 90000.000878 19025.677808 3 99950000058181 |                       |
| Beneficiário                                                                      |  | IDALECIO EDUARDO EPP |  | Agência / Código do Beneficiário                       | 0332 / 256778-4       |
| Espécie                                                                           |  | REAL                 |  | Quantidade                                             |                       |
| Nosso número                                                                      |  | 009 / 00008719-2     |  |                                                        |                       |
| Número do documento                                                               |  | M89741/1             |  | CPF / CNPJ                                             | 02.486.117/0001-52    |
| Data de Vencimento                                                                |  | 17/02/2025           |  | Valor Documento                                        | R\$ 581,81            |
| (-) Descontos / Abatimentos                                                       |  | (-) Outras deduções  |  | (+) Mora / Multa                                       | (+) Outros acréscimos |
|                                                                                   |  |                      |  | (=) Valor Cobrado                                      |                       |
| Pagador                                                                           |  |                      |  |                                                        |                       |
| NAHC- NUCLEO ASS. HUMBERTO DE CAMPO, CNPJ: 76.708.098/0001-06                     |  |                      |  |                                                        |                       |
| Instruções                                                                        |  |                      |  |                                                        |                       |

Autenticação Mecânica

Corte na linha abaixo

|                                                                                     |                 |              |            |                                                        |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|------------|--------------------------------------------------------|------------------|
|  |                 | 237-2        |            | 23790.33208 90000.000878 19025.677808 3 99950000058181 |                  |
| Local de pagamento                                                                  |                 |              |            | Vencimento                                             |                  |
| PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO.                                         |                 |              |            | 17/02/2025                                             |                  |
| Beneficiário                                                                        |                 |              |            | Agência / Código do Beneficiário                       |                  |
| IDALECIO EDUARDO EPP CNPJ : 02.486.117/0001-52                                      |                 |              |            | 0332 / 256778-4                                        |                  |
| Data do Documento                                                                   | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite     | Data Processamento                                     | Nosso Número     |
| 07/02/2025                                                                          | M89741/1        | DM           | N          | 07/02/2025                                             | 009 / 00008719-2 |
| Uso do Banco                                                                        | Carteira        | Espécie      | Quantidade | Valor                                                  | Valor Documento  |
|                                                                                     | 9               | REAL         |            |                                                        | R\$ 581,81       |
| Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário)                              |                 |              |            | (-) Descontos / Abatimentos                            |                  |
| MULTA DE 3,00% APOS VENCIMENTO.                                                     |                 |              |            | (-) Outras deduções                                    |                  |
| JUROS DE MORA 0,17% AO DIA.                                                         |                 |              |            | (+) Mora / Multa                                       |                  |
|                                                                                     |                 |              |            | (+) Outros acréscimos                                  |                  |
|                                                                                     |                 |              |            | (=) Valor Cobrado                                      |                  |
| Pagador                                                                             |                 |              |            |                                                        |                  |
| NAHC- NUCLEO ASS. HUMBERTO DE CAMPO, CNPJ: 76.708.098/0001-06                       |                 |              |            |                                                        |                  |
| CENTRO - Balneário Camboriú / SC                                                    |                 |              |            |                                                        |                  |
| RUA 2870, nº: 903 / TERCEIRA AVENIDA E AVENIDA MARGINAL - CEP: 88.330-454           |                 |              |            |                                                        |                  |



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO





IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

IDALECIO EDUARDO EPP

Papelaria  
COR DE ROSA

Quarta avenida, 145 - Centro -  
CEP:88330-105 - Balneario  
Camboriu - SC  
TEL: (47)3367-0894

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000089741 fl. 1 / 1  
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO

4225 0202 4861 1700 0152 5500 1000 0897 4110 2017 5022

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal  
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242250048457084 07/02/2025 11:11:46

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

253631246

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

02.486.117/0001-52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

NAHC- NUCLEO ASS. HUMBERTO DE CAMPO

CNPJ / CPF

76.708.098/0001-06

DATA DA EMISSÃO

07/02/2025

ENDEREÇO

RUA 2870, 903 TERCEIRA AVENIDA E AVENIDA MARGINAL

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

88330-454

DATA SAÍDA / ENTRADA

07/02/2025

MUNICÍPIO

Balneario Camboriu

FONE / FAX

3366-1490

UF

SC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

11:10:55

FATURA

|                 | NÚMERO | VALOR ORIGINAL | VALOR DESCONTO | VALOR LÍQUIDO |
|-----------------|--------|----------------|----------------|---------------|
| DADOS DA FATURA | 89741  | 597,70         | 15,89          | 581,81        |

DUPLICATAS

| Nº DUPLICATA | VENC.      | VALOR  | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR |
|--------------|------------|--------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|
| 001          | 17/02/2025 | 581,81 |              |       |       |              |       |       |              |       |       |

CALCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |               |          |                        |                     |                      |              |                          |                     |
|-------------------------|-----------------|---------------|----------|------------------------|---------------------|----------------------|--------------|--------------------------|---------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS |                 | VALOR DO ICMS |          | BASE CALC. ICMS SUBST. |                     | VALOR DO ICMS SUBST. |              | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |                     |
| 0,00                    |                 | 0,00          |          | 0,00                   |                     | 0,00                 |              | 597,70                   |                     |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO |               | DESCONTO |                        | OUTRAS DESP. ACESS. |                      | VALOR DO IPI |                          | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00                    | 0,00            |               | 15,89    |                        | 0,00                |                      | 0,00         |                          | 581,81              |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                 |             |                    |            |              |
|--------------|-----------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO   | UF         | CNPJ / CPF   |
|              | 0 - REMETENTE   |             |                    |            |              |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO       | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |              |
|              |                 |             |                    |            |              |
| QUANTIDADE   | ESPECIE         | MARCA       | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|              |                 |             |                    |            |              |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓDIGO DO PROD. / | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO               | NCM / SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BASE CÁLC. ICMS | VALOR I.C.M.S. | VALOR I.P.I. | ALÍQUOTAS ICMS | IPÍ  |
|-------------------|----------------------------------------------|----------|-------|------|-------|------------|----------------|-------------|-----------------|----------------|--------------|----------------|------|
| 19860             | TINTA TECIDO 37ML CORES                      | 32131000 | 0101  | 5102 | CX    | 6.0000     | 5.9000         | 35,40       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 43955             | CANETINHA 24 CORES HIDROGRAFICA FUTURO CORES | 96082000 | 2500  | 5405 | UN    | 2.0000     | 10.9000        | 21,80       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 4482              | TELA P/ PINTURA 15X15                        | 59019000 | 0101  | 5102 | UN    | 3.0000     | 6.9000         | 20,70       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 15777             | TELA P/ PINTURA 16X22                        | 59019000 | 0101  | 5102 | UN    | 3.0000     | 8.9000         | 26,70       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 35889             | GANCHO ADESIVO AMBAR MEDIO C/2               | 96082000 | 0101  | 5102 | UN    | 1.0000     | 15.9000        | 15,90       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 15386             | BATERIA P/ CALCULADORA LR44 ELGIN C/2        | 85061039 | 2101  | 5102 | BL    | 2.0000     | 2.0000         | 4,00        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 36127             | CADERNO DE CARTOGRAFIA KBOM AMARELO AMARELO  | 48202000 | 0101  | 5102 | UN    | 4.0000     | 14.9000        | 59,60       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 35203             | ARQUIVO MORTO POLIONDA PRETO PRETO           | 39231090 | 0101  | 5102 | UN    | 15.0000    | 8.9000         | 133,50      | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 1712              | ENVELOPE SACO 229X324 PARD0 AVULSO           | 48171000 | 0101  | 5102 | UN    | 50.0000    | 0.5000         | 25,00       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 24539             | GRAMPO 26/6 GALVANIZADO BRW                  | 83052000 | 2500  | 5405 | UN    | 1.0000     | 7.9000         | 7,90        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 20337             | TEK BOND 793 N1                              | 35061010 | 2101  | 5102 | UN    | 1.0000     | 14.9000        | 14,90       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 15824             | GRAMPEADOR G-1000 GRAMP LINE                 | 84729040 | 2101  | 5102 | UN    | 2.0000     | 64.9000        | 129,80      | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 10547             | FIX PIN 25MM C/ 5000 KIT                     | 39269090 | 2101  | 5102 | CX    | 1.0000     | 40.9000        | 40,90       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 33549             | CLIPS 8/0 500GR BACCHI                       | 83059000 | 0101  | 5102 | CX    | 1.0000     | 16.9000        | 16,90       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 27739             | CLIPS 2/0 500GR BACCHI                       | 83059000 | 0101  | 5102 | CX    | 1.0000     | 16.9000        | 16,90       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| 20181             | ETIQUETA P/ MARCACAO C/1000 AMARELA          | 48211000 | 0101  | 5102 | PCT   | 2.0000     | 13.9000        | 27,80       | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nota Referente as Venda(s):392331, 391332, 390550,  
Val Aprox Tributos R\$ 222,75 (38,29%) Fonte:IBPT  
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO  
GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI..... PERMITE O APROVEITAMENTO DO  
CREDITO DE ICMS NO VALOR DE R\$ 18,17  
CORRESPONDENTE A ALIQUOTA DE 3,20 %, NOS TERMOS DO ART. 23 DA LC 123/2006

RESERVADO AO FISCO



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
10/02/2025 - AUTOATENDIMENTO - 08.13.21  
5271X05271 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: NUCLEO A H C FMDCA PMBC  
AGENCIA: 5271-X CONTA: 5.719-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E0000000020250210110931228326992  
CNPJ DO PAGADOR: 76.708.098/0001-06  
VALOR: R\$424,00  
TARIFA: R\$4,19  
DATA: 10/02/2025 - 08:12:47

-----

PAGO PARA: Juliana Monteiro - Nutricionista  
CNPJ: 30.494.005/0001-89  
CHAVE PIX: 30494005000189  
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP  
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000737917064  
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento

-----

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,  
com valor máximo de R\$10,00. O valor definitivo  
poderá ser consultado no BBDPJ.

-----

Notificacao enviada em: 10/02/2025 - 08:12:48

=====

DOCUMENTO: 021002  
AUTENTICACAO SISBB: 4.24E.3D6.06E.4C0.3A3

-----

Central de Atendimento BB  
4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos e servicos.

Ouvidoria

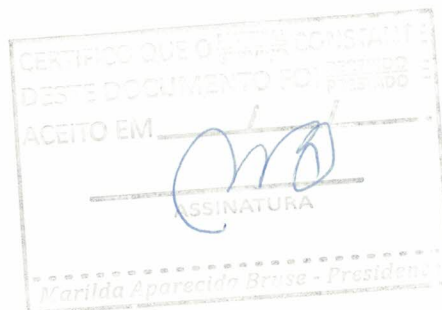
0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e Demais canais de  
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala

0800 729 0088

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







# PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Secretaria da Fazenda

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Número do RPS           | Número da nota<br>172 - E |
| Data da emissão da nota | 07/02/2025 15:22:11       |
| Data do fato gerador    | 07/02/2025 15:22:11       |
| Código de Verificação   | LRIL-DIGY                 |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: JULIANA MONTEIRO - NUTRICIONISTA

Nome/Razão Social: JULIANA NALERIO MONTEIRO DE AZEVEDO

CPF/CNPJ: 30.494.005/0001-89

Inscrição Municipal: 169028

Telefone: 47988475868

Endereço: 2400 Número: 1080 Bairro: CENTRO CEP: 88330412

Complemento:

UF: SC

Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Site:

E-mail: monteiroju@hotmail.com

## TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: NAHC

Nome/Razão Social: NUCLEO ASSISTENCIAL HUMBERTO DE CAMPOS

CPF/CNPJ: 76.708.098/0001-06

Inscrição Municipal: 85855

Endereço: 2870 Número: 903 Bairro: CENTRO CEP: 88330-358

Complemento:

UF: SC

Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Telefone:

E-mail:

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Cod. lista serviço                                           | Valor unitário (R\$) | Qtd  | Valor do serviço (R\$) | Base de cálculo (R\$) | aliquota (%) | ISS (R\$) |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------------|-----------------------|--------------|-----------|
| 4.10                                                         | 424,0000             | 1,00 | 424,00                 |                       |              |           |
| Descrição do serviço: SERVIÇO PRESTADO NA AREA DE NUTRICAÇÃO |                      |      |                        |                       |              |           |

Local da prestação do serviço: BALNEÁRIO CAMBORIÚ

## FORMA DE PAGAMENTO

## RETENÇÕES FEDERAIS

| PIS/PASEP                | COFINS   | INSS                       | IR       | CSLL     | Outras retenções |
|--------------------------|----------|----------------------------|----------|----------|------------------|
| R\$ 0,00                 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00                   | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |
| Valor bruto = R\$ 424,00 |          | Valor líquido = R\$ 424,00 |          |          |                  |

Códigos dos serviços:

4.10 - Nutrição..

| Des. condicionado(R\$) | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS Retido(R\$) | Valor ISS(R\$) |
|------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| 0,00                   | 0,00                      | 0,00          | 424,00               | 0,00                  | 0,00           |

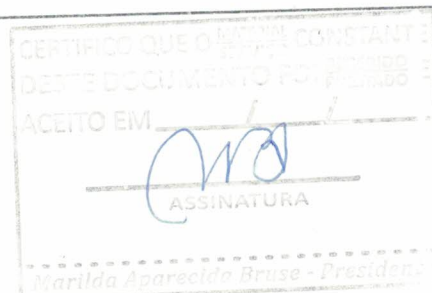
## OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na legislação vigente
- Legislação NFS-e: Decreto 9328/2019 e 7285/2014
- Lei complementar nº 34/2019 e nº 3601/2013
- Lei Complementar Federal nº 116/2003
- Natureza de operação: ISS devido para Balneário Camboriú (Simples Nacional)



Verificar autenticidade

Desenvolvido por Pública



# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de Junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO Alexandre Tolachinski Schafaschek**, brasileiro, união estável, psicólogo, portador do CRP: nº 12/23198, RG: nº 4.961.623, inscrito no CPF sob nº: 094.045.949-38 PIS nº142.13150.72-7, residente e domiciliado na Rua: Antônio Ramos, nº 18. Bairro: São João, Itajaí /SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

## DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

## DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

## DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª. O CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.



b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## DO PRAZO

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 06 (seis) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **28 (oito) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## DO VALOR

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 37,00 (trinta e sete reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## DATA DO PAGAMENTO

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago ate o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## DA RESCISÃO

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;

b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

Marilda Aparecida Bruse  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

Alexandre Tolachinski Schafaschek  
Alexandre Tolachinski Schafaschek  
**CONTRATADO**

[Assinatura]  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 931.241.630-87

Danilo M. W. Corrêa  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. W. Corrêa  
CPF: 001.707.51066.



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO:** **Cintia Barroso Paschoal**, brasileira, união estável psicóloga, portadora do CRP: nº 12/13149 RG: nº 32.364.014- X-SSP/SP, inscrito no CPF sob nº: 296.632.508-95 PIS nº 12979910939, residente e domiciliado na Rua 1822, nº 1171, Centro Balneário Camboriú/SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª.** O **CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.

b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## **DO PRAZO**

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **08 (oito) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## **DO VALOR**

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 49,00 (quarenta e nove reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## **DATA DO PAGAMENTO**

**Cláusula 6ª.** O valor constante na Cláusula anterior será pago até o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura Municipal De Balneário Camboriú/SC.

## **DA RESCISÃO**

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido pelas partes, caso descumpra qualquer cláusula descrita nos itens acima, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação judicial.

a) Pelo **CONTRATANTE**, caso descumpra qualquer cláusula descritas nos itens acima;

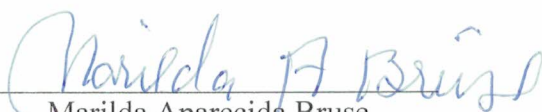
b) Pelo **CONTRATADO**, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação ou notificação judicial.

## FORO

**Cláusula 8ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do Contrato, as partes elegem o foro da comarca de Balneário Camboriú/SC.

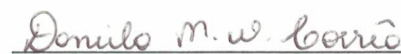
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
\_\_\_\_\_  
Cintia Barroso Paschoal  
**CONTRATADO**

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 333.241.630-87

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. W. Borio  
CPF: 0017075266.



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO:** **Ana Carla Magno Bonfá**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/07166, RG: nº 7.290.535-0, inscrito no CPF sob nº: 513.873.870-49 PIS nº 140.55549.72-0, residente e domiciliado na Rua 2000 nº 261 Apto. 302. Bairro: Centro de Balneário Camboriú/SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª. O CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.



b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## **DO PRAZO**

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (Doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **32 (trinta e duas) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## **DO VALOR**

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 49,00 (quarenta e nove reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## **DATA DO PAGAMENTO**

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago ate o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## **DA RESCISÃO**

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;

b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.

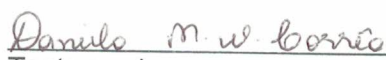
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
\_\_\_\_\_  
Ana Carla Magno Bonfá  
**CONTRATADA**

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 333.241.630-87

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. V. Bonfá  
CPF: 001.707.5666.

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO** **Elisa Vieira Almeida**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/24160 RG: nº 5577685, inscrito no CPF sob nº: 055.266.999-78 PIS nº 147.83047.85-1, residente e domiciliado na Rua: AV. Osvaldo Reis nº 200. Bairro: Fazendinha, Itajaí /SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª. O CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.



b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## DO PRAZO

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 01 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **16 (dezesesseis) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## DO VALOR

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 37,00 (trinta e sete reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## DATA DO PAGAMENTO

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago ate o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## DA RESCISÃO

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

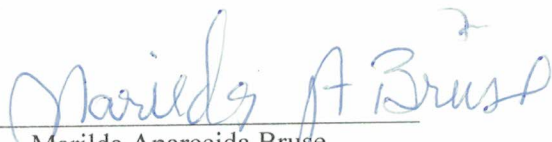
a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;

b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.



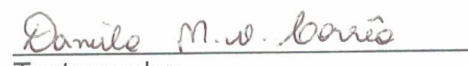
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
\_\_\_\_\_  
Elisa Vieira Almeida  
**CONTRATADA**

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 833.241.630-87

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. V. Borio  
CPF: 001.707.51066.

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO** **Natasha Balardin**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/24190, RG: nº 6.055.053, inscrito no CPF sob nº: 077.830.699-24 PIS nº20327028178, residente e domiciliado na Rua: Domiciano Santos, nº 2160. Bairro: Barra, Balneário Camboriú /SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª.** O **CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.

b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## **DO PRAZO**

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 06 (seis) meses, tendo seu termo inicial no dia 01 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **24 (vinte e quatro) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## **DO VALOR**

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 37,00 (trinta e sete reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## **DATA DO PAGAMENTO**

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago ate o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## **DA RESCISÃO**

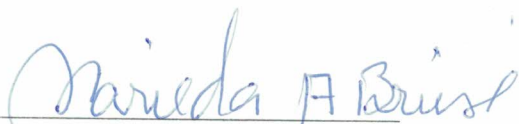
**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;

b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 01 de julho de 2025.



Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**



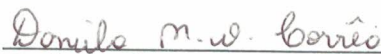
Natasha Balardin  
**CONTRATADA**



Testemunha:

Nome:

CPF: 931.241.630-81



Testemunha:

Nome: Danilo M. W. Corrêa

CPF: 001.707.51066



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO:** **Marilene Inês de Oliveira**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP nº 12/03102, RG nº. 3.620.0278, inscrito no CPF sob nº: 389.976.149-91 PIS nº 131.52700.72-4, residente e domiciliado na Rua Tailândia nº 752, Edif. Maria Fernanda, Bairro das Nações, Balneário Camboriú/SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de atendimento na área de **Mediação Familiar**, consiste em demonstrar que a mediação é uma ferramenta no tratamento dos conflitos familiares.

O mediador tem como principal função a facilitação da comunicação entre os mediados. Esta facilitação é feita através de técnicas próprias da mediação.

- a) Promover o respeito;
- b) Aborda os reais interesses e desejos dos mediados;
- c) Auxilia para que os mediados descubram quais são reais conflitos;
- d) Orienta os mediados para que procurem informações corretas sobre o que vão decidir;
- e) Intervem para que os mediados assumam, juntos a responsabilidade de resolver as questões que ali os levaram;
- f) Incentiva a criatividade dos mediados na busca de soluções;
- g) Auxilia na análise de cada uma das opções de solução criadas para ver qual ou quais satisfazem os interesses dos mediados;
- h) Auxilia na construção de um acordo final no sentido de garantir a sua exequibilidade, durabilidade e aceitabilidade para as partes.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª. O CONTRATADO** se obriga à:

- a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes de acordo com o cronograma da Instituição; devendo relatar no prontuário específico de mediação;
- b) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la.
- c) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;
- d) Cumprir horários conforme agendamento com os mediados;
- e) Empregar recurso humano que for necessário;
- f) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;
- g) Prestar o serviço contratado;
- h) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;
- i) Cooperar na organização, manutenção e higiene nas instalações.

#### **DO PRAZO**

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **07 (sete) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

#### **DO VALOR**

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 49,00 (quarenta e nove reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

#### **DATA DO PAGAMENTO**

**Cláusula 6ª.** O valor constante na Cláusula anterior será pago até o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura Municipal De Balneário Camboriú/SC.

#### **DA RESCISÃO**

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido pelas partes, caso descumpra qualquer cláusula descrita nos itens acima, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação judicial.

- a) Pelo **CONTRATANTE**, caso descumpra qualquer cláusula descritas nos itens acima;
- b) Pelo **CONTRATADO**, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação ou notificação judicial.

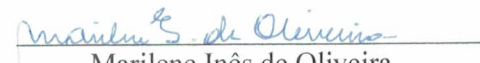
## FORO

**Cláusula 8ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do Contrato, as partes elegem o foro da comarca de Balneário Camboriú/SC.

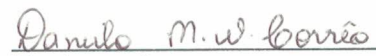
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
Marilene Inês de Oliveira  
**CONTRATADA**

  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 931.241-630 - B+

  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. W. Corrêa  
CPF: 001.707.51066



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO:** **Fernanda Fernandes Rodrigues**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/13122, RG: nº 5.080.896, inscrito no CPF sob nº: 080.851.849-66 PIS nº 203.75153.62-9, residente e domiciliado Rua 2480, no 353, Apto 504 – Centro, Balneário Camboriú - SC

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª. O CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.



b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## DO PRAZO

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **04 (quatro) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## DO VALOR

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## DATA DO PAGAMENTO

**Cláusula 6ª.** O valor constante na Cláusula anterior será pago até o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura Municipal De Balneário Camboriú/SC.

## DA RESCISÃO

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido pelas partes, caso descumpra qualquer cláusula descrita nos itens acima, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação judicial.

a) Pelo **CONTRATANTE**, caso descumpra qualquer cláusula descritas nos itens acima;

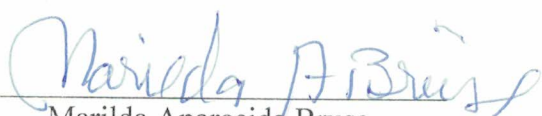
b) Pelo **CONTRATADO**, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação ou notificação judicial.

## FORO

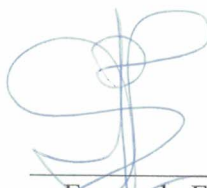
**Cláusula 8ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do Contrato, as partes elegem o foro da comarca de Balneário Camboriú/SC.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.



Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**



Fernanda Fernandes Rodrigues  
**CONTRATADO**



Testemunha:

Nome:

CPF: 935.241.630-87



Testemunha:

Nome: Danilo M. V. Borrião

CPF: 001.707.5466

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de Junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO:** **Sandra Aparecida Fiorentin**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/13885, RG: nº 5.118.620, inscrito no CPF sob nº: 080.812.239-83 PIS nº 210.51119.38-5, residente e domiciliado na Rua Francisco Pedroni nº 197 Apto. 04. Bairro: São João Itajaí /SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª.** O **CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.



b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## **DO PRAZO**

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **08 (oito) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## **DO VALOR**

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## **DATA DO PAGAMENTO**

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago ate o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## **DA RESCISÃO**

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

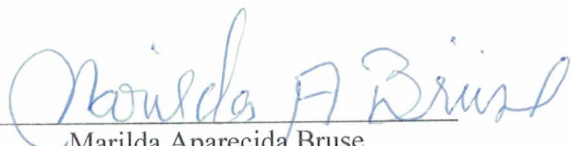
a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;

b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.



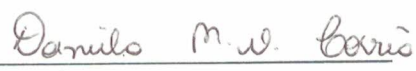
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
Sandra Aparecida Fiorentin  
**CONTRATADA**

  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 933.243.630-07

  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. V. Borrião  
CPF: 001.707.51066.

# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO:** **Alicia Keylla Pedroso da Silva**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/18961, RG: nº 5.773.568, inscrito no CPF sob nº: 082.798.669-65 PIS nº 210.53055.41-4, residente e domiciliado na Rua 2050 nº 233 Apto. 103. Bairro: Centro – Balneário Camboriú/SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

## DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

## DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

## DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª.** O CONTRATADO se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.

b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## DO PRAZO

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **16 (dezesesseis) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## DO VALOR

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## DATA DO PAGAMENTO

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago ate o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## DA RESCISÃO

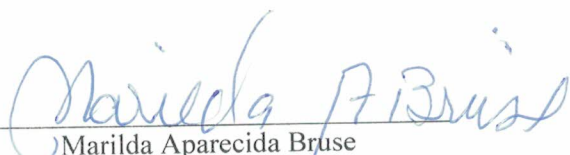
**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;

b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.

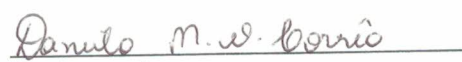
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
Alicia Keylla Pedroso da Silva  
**CONTRATADA**

  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 933.242.630-87

  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. W. Borio  
CPF: 001.707.516-66



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADA:** **Suzan Antunes**, brasileira, divorciada, Assistente Social, portadora do CRESS nº 7556, RG nº 3.652049, inscrita no CPF sob nº 031.236.979-40, PIS/PASEP nº 128.62314.72-4, residente e domiciliada na Rua Cingapura, nº 517 apto: 102, Bairro: Santa Regina -1, Camboriú- SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que ser regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como **Assistente Social**, autônoma, por tempo determinado junto à devida instituição. Utilizando vários instrumentos de trabalho, como atendimentos sociais, entrevistas, análises sociais, relatórios, levantamentos de recursos, encaminhamentos, visitas domiciliares, dinâmicas de grupo, pareceres sociais, contratos institucionais, entre outros. Assim responsabilizando-se por fazer uma análise da realidade social e institucional, e intervir para melhorar as condições de vida dos pacientes.

### DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

**Cláusula 3ª.** A CONTRATADA obriga-se à:

- a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes de acordo com o cronograma da Instituição, devendo relatar o atendimento no prontuário do paciente;
- b) Prestar os serviços contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo a CONTRATANTE sempre informada dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

- c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;
- d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido a CONTRATADA, bem como Impostos de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido à Previdência Social, ambos decorrentes do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE fazer as devidas retenções, como também os devidos recolhimentos;
- e) Cumprir os horários agendados com os pacientes;
- f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;
- g) Adotar medidas que visam ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;
- h) Prestar o serviço contratado;
- i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;
- j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## DO PRAZO

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo do dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **30 (trinta) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## DO VALOR

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 49,00 (quarenta e nove reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## DATA DO PAGAMENTO

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago até o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## DA RESCISÃO

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

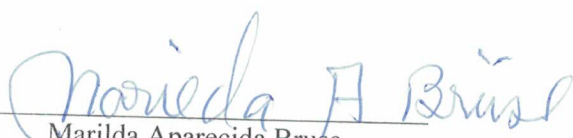
- a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;
- b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.

## FORO

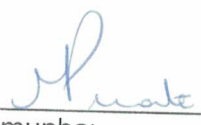
**Cláusula 8ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do Contrato, as partes elegem o Foro da Comarca de Balneário Camboriú/ SC.

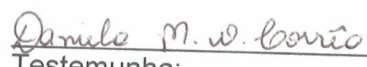
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
Marilda Aparecida Bruse  
CONTRATANTE

  
Suzan Antunes  
CONTRATADA

  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 333.241.630-87

  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. W. Corio  
CPF: 001.707.51066



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADA:** **Daniela Molke Weisheimer Correa**, brasileira, casada, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/13029, RG: nº 5077527215, inscrito no CPF sob nº: 001.707.510-66 PIS nº 139.09412.72-3, residente e domiciliado na Rua Síria, nº 462, **apto:** 403 Bairro: Das Nações, Balneário Camboriú/SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviço como autônoma por prazo determinado.

Exercerá a função de **Responsável Técnica** do Programa Vida/ NAHC de forma que contemple o bom funcionamento dos atendimentos com os pacientes e profissionais.

Realizará reuniões semanais individuais e em grupo, com os profissionais que atendem no Programa Vida/NAHC, com horário pré-agendado.

Enviará relatórios de atividades e mensais para o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente e para a o Gestor do fundo FMDCA.

Promoverá a articulação do Programa com a rede de atendimentos na área da criança e adolescente.

Representar o Programa Vida em todas as Instâncias que se fizerem necessárias, na ausência da Coordenadora Geral.

### DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

**Cláusula 3ª.** A **CONTRATADA** se obriga à:



- a) Prestar serviços satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo A CONTRATANTE sempre informada dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;
- b) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;
- c) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;
- d) Cumprir horários agendados com a Coordenação Geral e profissionais;
- e) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário para melhorar as reuniões e alcançar os objetivos do Programa Vida;
- f) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;
- g) Prestar o serviço contratado sugerido;
- h) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;
- i) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## DO PRAZO

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo que deverá disponibilizar uma carga mínima de **24 (vinte e quatro) horas semanais** para atividades de Responsável Técnica referentes a este contrato, conforme cronograma proposto pelo contratado.

## DO VALOR

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 70,00 (setenta reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE à CONTRATADA**;

## DATA DO PAGAMENTO

**Cláusula 6ª.** O valor constante na Cláusula anterior será pago até o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas a liberação da verba junto a Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú.

## DA RESCISÃO

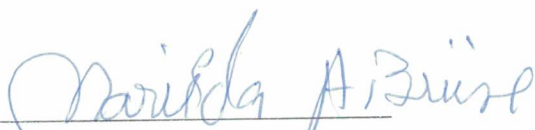
**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido pelas partes caso descumpra qualquer cláusula descritas nos itens acima; por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação ou notificação judicial.

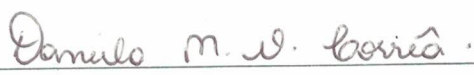
## FORO

**Cláusula 8ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do Contrato, as partes elegem o foro da comarca de Balneário Camboriú /SC.

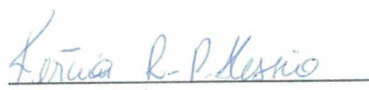
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
\_\_\_\_\_  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
\_\_\_\_\_  
Daniela Molke Weisheimer Correa  
**CONTRATADO**

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 933.243.635-87

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha:  
Nome: Karina R. P. Llesio  
CPF: 041.717.228-90

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADA:** **Manuela de Fátima Almeida de Pessoa Duarte**, brasileira, casada, Assistente Social, portadora do CRESS nº 2841, RG nº 5.944.198, inscrita no CPF sob nº 931.241.630-87 e no PIS: 132.860.817.27, residente e domiciliada na Rua Massaranduba, nº 503, apt. 704b, Bairro: Tabuleiro, Camboriú/Santa Catarina.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que ser regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** Exercerá a função de **Coordenadora Geral** do Programa Vida de forma que contemple o bom funcionamento dos atendimentos bem como prover a estrutura física necessária. Co-responsabilizar-se pela entrega dos relatórios mensais para o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente e para a Controladoria Jurídica do Município. Promover a articulação do Projeto com a rede de atendimentos na área da criança e adolescente

### DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

**Cláusula 3ª.** A **CONTRATADA** se obriga à:

a) Prestar serviços satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo A **CONTRATANTE** sempre informada dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;



b) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

c) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

d) Cumprir e fazer cumprir os horários dos contratados;

e) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

f) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

g) Prestar o serviço contratado;

h) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

i) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## **DO PRAZO**

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária de **24 (vinte e quatro) horas semanais**, para atividades de Coordenação referentes a este contrato, conforme cronograma proposto pelo contratado.

## **DO VALOR**

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 79,00 (setenta e nove reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE à CONTRATADA**;

## **DATA DO PAGAMENTO**

**Cláusula 6ª.** O valor constante na Cláusula anterior será pago até o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## **DA RESCISÃO**

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido pelas partes, caso descumpra qualquer cláusula descritas nos itens acima; por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação ou notificação judicial.



## FORO

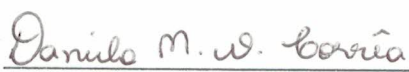
**Cláusula 8ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do Contrato, as partes elegem o foro da comarca de Balneário Camboriú/SC.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de Janeiro de 2025.

  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
Manuela de Fátima A. Pessoa Duarte  
**CONTRATADA**

  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. W. Corrêa  
CPF: 001.404.51066.

  
Testemunha:  
Nome: Karina R. P. Mesio  
CPF: 011.717.229-02

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO:** **Giordano da Silva Carniel**, brasileiro, casado, psicólogo portador do CRP: nº 12/12810, RG: nº 5093675352 STJ/RS, inscrito no CPF sob nº: 005.479.970-86 PIS nº 204.31870.68-8, residente e domiciliado na Rua: Jamaica, nº 361 apto 204, Bairro: Das Nações, Balneário Camboriú/SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de atendimento **Psicológico Clínico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª.** O **CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.

b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## **DO PRAZO**

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **08 (oito) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## **DO VALOR**

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 49,00 (quarenta e nove reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## **DATA DO PAGAMENTO**

**Cláusula 6ª.** O valor constante na Cláusula anterior será pago até o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú/SC.

## **DA RESCISÃO**

**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido pelas partes, caso descumpra qualquer cláusula descrita nos itens acima, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação judicial.

a) Pelo **CONTRATANTE**, caso descumpra qualquer cláusula descritas nos itens acima;

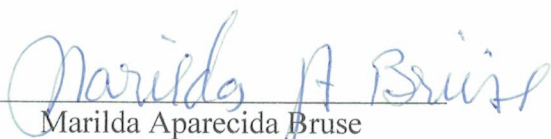
b) Pelo **CONTRATADO**, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso de interpelação ou notificação judicial.

## FORO

**Cláusula 8ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do Contrato, as partes elegem o foro da comarca de Balneário Camboriú/SC.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

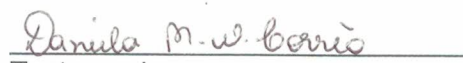
Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.



Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
Giordano da Silva Carniel  
**CONTRATADO**

  
Testemunha:  
Nome:  
CPF: 333.243.630 - 87

  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. W. Corrêa  
CPF: 001.707.51066



# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO:** **Debora Dip Martiny**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/17230 RG: nº 6071152695, inscrito no CPF sob nº: 805.525.950-04 PIS nº 128.04277.68-4, residente e domiciliado na Rua: 3300 nº 390. Apto: 504 Bairro: Centro. Balneário Camboriú -SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

## DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

## DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

## DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª.** O **CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.

b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## DO PRAZO

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 01 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **12 (doze) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## DO VALOR

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 37,00 (trinta e sete reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## DATA DO PAGAMENTO

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago ate o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## DA RESCISÃO

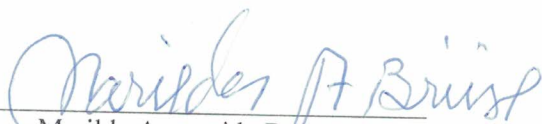
**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;

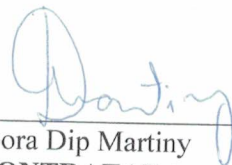
b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.



Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**



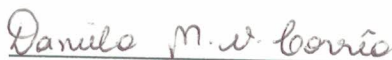
Debora Dip Martiny  
**CONTRATADA**



Testemunha:

Nome:

CPF: 931.241.630-82



Testemunha:

Nome: Danilo M. W. Barão

CPF: 001.707.51066.



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PRAZO DETERMINADO

**CONTRATANTE:** Núcleo Assistencial Humberto de Campos - NAHC, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 76.708.098/0001-06, com sede e foro em Balneário Camboriú SC, na Rua 2870, nº 903, neste ato representado por sua Presidente **Marilda Aparecida Bruse**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG 339.638 – SSP/SC, do CPF: 753.439.919-04, natural de Angelina – SC, nascida em vinte e dois de junho de 1950, residente à Rua: Itália nº 559 Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC.

**CONTRATADO** **Carla Caroline Ventura Schneider**, brasileira, solteira, psicóloga, portadora do CRP: nº 12/24225, RG: nº 6200853, inscrito no CPF sob nº: 094.828.589-30 PIS nº 16187493290, residente e domiciliado na Rua: João Antônio de Oliveira, nº 280. Bairro: Fazenda Itajaí /SC.

*As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.*

### DO FUNDAMENTO LEGAL

**Cláusula 1ª.** De acordo com os dispositivos legais do Decreto Lei 5.452 vigentes em nosso país, que dispõe sobre a Contratação por Prazo Determinado.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 2ª.** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços como autônomo por prazo determinado junto à devida instituição, de **atendimento psicológico** ao contratante, sendo os serviços ministrados em conformidade ao Código de Ética do Psicólogo visando proporcionar aos pacientes tratamentos através de sessões psicoterapêuticas;

O tratamento será efetivado usando método de investigação, análise de caso, técnicas e intervenções que venha auxiliar o paciente na minimização e/ou resolução dos seus conflitos na estabilidade emocional e hipótese de diagnóstico a possíveis transtornos;

Será disponibilizada uma atenção especial na identificação dos conflitos, propiciando assim a mudança de comportamentos que estão fora do controle e/ou hábitos que contribuam para o aparecimento dessas problemáticas, inclusive definir e por em prática formas construtivas de lidar com as situações que no momento estão fora de seu controle.

### DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

**Cláusula 3ª.** O **CONTRATADO** se obriga à:

a) Prestar serviços em conformidade com o Código de Ética do Psicólogo, ministrando atendimento individualizado e sigiloso dos pacientes, devendo pontuar após cada consulta no prontuário do paciente.



b) Prestar serviços psicológicos contratados satisfazendo às condições de continuidade, segurança, eficiência, generalidade, regularidade e cortesia, mantendo O CONTRATANTE sempre informado dos resultados obtidos no decorrer dos trabalhos previstos no contrato;

c) Responder civilmente perante terceiros, por eventuais danos, inclusive morais, decorrente da atividade profissional à qual se encontra habilitado para exercê-la, segundo o Conselho Regional de Psicologia, isentando a CONTRATANTE de qualquer responsabilidade;

d) Recolher o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), devido ao CONTRATADO, bem como o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), devido a União, INSS devido a Previdência Social, ambos em decorrência do presente instrumento, podendo o CONTRATANTE, fazer as devidas retenções, como também os respectivos recolhimentos;

e) Cumprir horários previamente agendados com os pacientes;

f) Empregar todo e qualquer recurso material e humano que for necessário;

g) Adotar medidas que visem ampliar ou melhorar o tratamento dos pacientes;

h) Prestar o serviço contratado;

i) Participar das atividades programadas a serem desenvolvidas;

j) Cooperar na organização, manutenção e higiene das instalações.

## DO PRAZO

**Cláusula 4ª.** O presente contrato terá prazo de 12 (doze) meses, tendo seu termo inicial no dia 02 de janeiro de 2025 e seu termo final no dia 31 de dezembro de 2025, sendo a carga horária mínima de **28 (vinte) horas semanais** conforme cronograma proposto pelo contratado.

## DO VALOR

**Cláusula 5ª.** O valor a ser pago pela prestação de serviços será de R\$ 44,00 (quarenta e quatro reais) a hora de serviços prestados e deverá ser efetivado pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**;

## DATA DO PAGAMENTO

**Cláusula 6ª.** O valor da constante na Clausula anterior será pago ate o quinto dia de cada mês podendo ser postergado caso não seja dia útil ou se houver problemas na liberação da verba junto a Prefeitura de Balneário Camboriú/SC.

## DA RESCISÃO

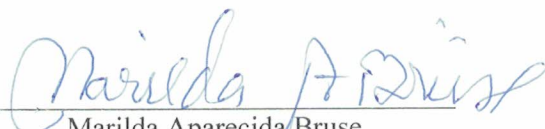
**Cláusula 7ª.** O presente Contrato poderá ser rescindido:

a) Pelo CONTRATANTE, caso se descumpra quaisquer cláusulas descritas no item acima;

b) Pela CONTRATADA, por desligamento da função ou quando verificada a sua inexecução total ou parcial independentemente, neste caso da interpelação ou notificação judicial.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Balneário Camboriú, 02 de janeiro de 2025.

  
Marilda Aparecida Bruse  
**CONTRATANTE**

  
Carla Caroline Ventura Schneider  
**CONTRATADA**

  
Testemunha:  
Nome: 933.243-630-07  
CPF:

  
Testemunha:  
Nome: Danilo M. W. Corrêa  
CPF: 001 707-54066.