1197

Priscylla da Silva Ferreira
Rosangela Gabriella Gomes
Tel. (011) 4177-2277

1189

EXCELENTISSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTO ANDRÉ – SÃO PAULO

09 ABR 2014

PROCESSO Nº. 0015617-12.2008.8.26.0554

STILLUS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM, já qualificada nos autos da **AÇÃO DE RECUPERAÇÃO JUDICIAL** em epígrafe, vem respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, em manifestação ao r. despacho de fls., requerer**ALTERAÇÃO DOPLANO DE RECUPERAÇÃO JUDICIAL**, com fulcro na Lei nº. 11.101/2005, pelos fatos e fundamentos que passa a expor.

1. DOS FATOS

Após a aprovação do plano de recuperação judicial apresentado pela recuperanda, iniciou-se o pagamento do valor de R$ 26.000,00 (vinte e seis mil reais) no período de maio de 2009 até julho de 2011.

Priscylla da Silva Ferreira
Rosangela Gabriella Gomes
Tel. (011) 4177-2277

Ocorre que, passado este período, a recuperanda solicitou ao seu ex-patrono um levantamento dos valores que já haviam sido pagos, visto que não lhe fora informado o prazo de cumprimento do plano, bem como o valor da dívida que seria negociada em juízo. E, ainda, solicitou a suspensão dos pagamentos até que fosse concluído o levantamento dos respectivos valores.

Porém, o referido levantamento não foi realizado, sendo tal fato de total desconhecimento da recuperanda, tornando-se notório há pouco.

Enquanto aguardava um posicionamento do ex-patrono, a recuperanda sofreu uma queda considerável em seu setor, em virtude de política dos convênios médicos houve uma perda importante de pacientes. Fato este que agravou a situação econômica da empresa.

Não fosse o suficiente, houve, ainda, o descredenciamento da prefeitura de Santo André, o que acarretou na saída de cerca de 40 pacientes dos quadros de atendimento da empresa.

Cumpre observar que, a prefeitura de Santo André, na ocasião, era o principal convênio médico que a recuperanda prestava serviços, sendo responsável por grande parcela do faturamento.

Diante da situação, não restou outra alternativa a não ser contrair empréstimos junto a instituições financeiras para tentar saldar, ao menos, as despesas essenciais, como por exemplo, a folha de pagamento dos funcionários.

Atualmente, a empresa vem se esforçando veementemente em busca de novas parcerias, a fim de não encerrar suas atividades, uma vez que se trata de serviço essencial à saúde.

Lembrando que, a recuperanda exerce atividade de prestação de serviço médico domiciliar, atendendo pacientes de alta

complexidade, em sua maioria, em fase terminal, sendo tal serviço imprescindível para prolongar sua vida com qualidade e bem estar. A empresa conta com uma equipe especializada de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogas e nutricionista.

Após muita persistência, a recuperanda conseguiu obter novos parceiros, firmando, assim, novos contratos com outros convênios médicos, como a Amil Saúde, São Cristóvão Saúde, Prevent Senior e Transmontano Saúde (docs. anexo). Embora, o faturamento esteja se reerguendo gradativamente, a empresa ainda conta com a dívida referente a parcelas de empréstimo que se viu obrigada a firmar. Situação esta que dificulta grandemente a empresa de retomar o pagamento referente ao plano inicialmente proposto.

2. DA ALTERAÇÃO DO PLANO DE RECUPERAÇÃO JUDICIAL

Conforme o entendimento do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, a alteração do plano de recuperação judicial é admissível, de acordo com o julgamento do Agravo de Instrumento nº 0114685-06.2012.8.26.0000, da 1ª Câmara Reservada de Direito Empresarial, rel. Des. Manoela de Queiroz Pereira Calças:

> **Agravo. Recuperação judicial. Aprovação doplano e concessão da recuperação judicial. Decurso do prazo bienal da supervisão judicial. Sucessivas alterações do plano de recuperação e prorrogações do prazo para início dos pagamentos. <u>Aprovação das sucessivas alterações do plano em Assembleia-Geral de Credores</u>.**

Priscylla da Silva Ferreira
Rosangela Gabriella Gomes
Tel. (011) 4177-2277

Diante dos fatos acima narrados, a recuperanda apresenta a alteração do plano de recuperação judicial, que se concretizará da seguinte maneira:

2.1. DA ATIVIDADE DA EMPRESA

Inicialmente, cumpre ressaltar que a empresa exerce atividade de prestação de serviço médico domiciliar há 13 anos, com atendimento especializado em pacientes com diversas patologias, incluindo, àqueles com quadro clínico de alta complexidade, e muitos, em fase terminal.

O Home Care compreende uma modalidade contínua de serviços na área de saúde, cujas atividades são dedicadas aos pacientes e seus familiares em um ambiente extra-hospitalar.

Vale ressaltar que, o propósito do Home Care é promover, manter e restaurar a saúde, maximizando o nível de independência do paciente, enquanto minimiza os efeitos debilitantes das várias patologias e condições que gerencia.

Conforme comprovado por pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), "Pacientes sofrem com sistema sem estrutura: Relatório Internacional mostra que Brasil não está entre os países em condições de tratar bem pacientes terminais"; tal relatório define que os tratamentos realizados por Home Care "melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares ante doenças que ameacem a continuidade da vida" (doc. anexo).

A referida pesquisa, ainda, conclui que "Dentre os objetivos, está a promoção de assistência multidisciplinar por meio da prevenção e alivio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável, tratamento da dor e dos demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".

Priscylla da Silva Ferreira
Rosangela Gabriella Gomes
Tel. (011) 4177-2277

Dessa forma, nota-se a essencialidade do funcionamento da empresa, em virtude dos pacientes que confiam e acreditam na prestação de seus serviços.

2.2. DOS NOVOS CONTRATOS FIRMADOS

Após a grande crise econômico-financeira que assolou a recuperanda; no ano de 2013, depois de enfrentar muitas dificuldades, iniciou-se novas parcerias, que resultaram em contratos firmados por prazo indeterminado.

Por esta razão, a empresa está conseguindo retomar suas atividades, o que possibilita a propositura de um novo plano, com reais expectativas de cumprimento.

2.3. DA REDUÇÃO DOS CUSTOS

No que tange a redução dos custos, a recuperanda mantém o sistema de prestação de serviços sem vínculo empregatício, proporcionando uma redução na carga tributária, sendo no regime de plantão de 12h X 36h, conforme previsão legal 7.495/86 e artigo 593 do Código Civil.

Os serviços prestados são fiscalizados pela recuperanda, bem como pelas empresas contratantes, sempre voltadas para o alto nível de atendimento aos pacientes.

Para aprimorar os serviços prestados, a empresa deliberou pagar por plantão, no mês seguinte aos serviços prestados, de acordo com a complexidade do paciente, assim vejamos:

- Complexidade Alta: R$ 110,00 (cento e dez reais);
- Complexidade Média: R$ 90,00 (noventa reais);

- Complexidade Baixa: R$ 79,00 (setenta e nove reais).

2.4. DA ESTRATÉGIA MERCADOLÓGICA

Por se tratar de sócios especialistas na área de saúde, ou seja, médico e enfermeiras continuam sendo deles a responsabilidade por realizar a captação e contratação de serviços. Dessa forma, há uma grande redução de gastos, uma vez que não é preciso a contratação de terceiros para realizar tal serviço.

2.5. DO PAGAMENTO DA DÍVIDA

A empresa, levando em consideração a atual situação do faturamento, irá dispor e depositar em juízo o valor de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), o que equivale a mais de 10% (dez por cento) do faturamento líquido.

Para tanto, **requer a carência de 01 (um) anopara iniciar os depósitos a contar da aprovação desta, uma vez que, por conta de ter realizado empréstimos**, a fim de pagar as despesas essenciais, encontra-se pagando mensalmente o valor de R$ 15.000,00 (quinze mil reais).

Ressalta ainda, que os convênios médicos efetuam o pagamentoa recuperanda somente 60 (sessenta) dias após o faturamento.

A estimativa utilizada como parâmetro do valor a ser depositado é pela variação dos últimos 03 (três) meses (doc. anexo), conforme se observa:

Mês	Faturamento bruto	Despesa com folha de pagamento	Despesas fixas	Parcela do empréstimo	Pro labore	Total das despesas %
Dezembro	R$ 209.255,07	R$ 102.711,71	R$ 28.000,00	R$ 15.000,00	R$ 8.600,00	90%

1195

2013						
Janeiro 2014	R$ 223.840,34	R$ 143.542,73	R$ 34.000,00	R$ 15.000,00	R$ 7.150,00	86%
Fevereiro 2014	R$ 368.634,80	R$ 235.926,27	R$ 45.000,00	R$ 15.000,00	R$ 11.100,00	83%

O estimado depósito judicial será no importe de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) mensais a cada 30 (trinta) dias, ficando a autorização para levantamento a critério do Egrégio Juízo.

Vale ressaltar que o valor arrecadado no importe de R$ 667.912,78 (seiscentos e sessenta e sete mil, novecentos e doze reais e setenta e oito centavos), conforme demonstrado em fls. 873/874, foi rateado dentre os credores proporcionalmente, o que demonstra a boa-fé da recuperanda.

Desta forma, a convolação da recuperação judicial em falência, a esta altura, mostra-se completamente inviável, haja vista que a empresa continua em atividade, firmando novos contratos, o que de fato demonstra sua intenção de saldar a dívida perante seus credores.

Diante do exposto, a proposta de alteração do plano de recuperação judicial torna-se extremamente essencial para a preservação e continuidade da relevante atividade que a empresa exerce perante a saúde dos pacientes que atende, bem como a satisfação dos credores.

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Santo André, 28 de Março de 2014.

Priscylla da Silva Ferreira
Rosangela Gabriella Gomes
Tel. (011) 4177-2277

Rosangela Gabriella Gomes
OAB/SP nº. 333.537

Priscylla da Silva Ferreira
OAB/SP nº. 333.512

Stillus Prestação de Serviços de Enfermagem Ltda
CNPJ: 03.912.120/0001-53

Heber Alfieri de Andrade
Rg. 15.492.840- SSP/SP

Sueli de Oliveira
RG. 14.493.797-9 – SSP/SP

Nilva Maria Lopes Gomes
RG. 18.500.458-1 – SSP-SP

Amil

1199

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

CONTRATANTE	**AMIL – ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL SA.**, estabelecida na Rua Cauaxi, nº 118 – Alphaville – Barueri/SP, cadastrada no CNPJ sob o n ° **29.309.127/0116-18 e AMICO SAÚDE LTDA**, cadastrada no CNPJ sob o nº 51.722.957/0001-82 devidamente representada, doravante denominada **CONTRATANTE**
CONTRATADO	**STILLU'S PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM S/C LTDA - ME,** estabelecido na RUA DAS GOIABEIRAS, 559 – TÉRREO - JARDIM - SANTO ANDRÉ/SP – CEP 09090-060, cadastrado no CNPJ sob nº 03.912.120/0001-53 devidamente representado, doravante denominado **CONTRATADO.**

No conjunto, **CONTRATANTE** e **CONTRATADO** serão denominadas **PARTES**.

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as **PARTES** têm entre si justo e acertado o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, o qual se rege pelas seguintes cláusulas e condições:

1.OBJETO

1.1. - O presente contrato tem por objeto regular as condições da prestação de serviços médicos em regime domiciliar aos beneficiários indicados nas especificações contidas no **ANEXO I.**

1.2 - Para fins do previsto neste contrato, o **CONTRATADO** compromete-se a atender somente aos beneficiários da **CONTRATANTE** encaminhados pela mesma e de acordo com o plano de atenção domiciliar acordado entre as partes, sempre de acordo com a avaliação clínica do mesmo.

1.3 – Qualquer alteração do plano de atenção domiciliar deverá ser apresentada pelo **CONTRATADO**, acompanhada de justificativa técnica, e submetida à análise e expressa aprovação da **CONTRATANTE**.

1.4 - O **CONTRATADO** se declara habilitado a dar atendimento domiciliar aos beneficiários da **CONTRATANTE**, nas seguintes modalidades de atendimento, de acordo com a RDC n° 11/2006 da ANVISA:

- **Assistência domiciliar:** conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- **Internação domiciliar:** conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

1.5 – O **CONTRATADO** compromete-se a comunicar expressamente ao beneficiário e à própria **CONTRATANTE** qualquer alteração de endereço, dias, horários de atendimento e telefone, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ficando a **CONTRATANTE** com direito de rever e decidir sobre as novas condições de atendimento.

Amil

1200

2. DO VALOR DE COBERTURA

2.1 - Para os procedimentos previstos neste **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, o **CONTRATADO** irá cobrar os serviços médicos-domiciliares que vierem a ser prestados aos beneficiários da **CONTRATANTE** com base no pactuado entre as **PARTES** no **ANEXO I** e de acordo com as especificações previstas neste instrumento.

2.2 - Não será permitido o atendimento de serviços que não sejam objeto do presente contrato, assim como liberações extras, sem a expressa autorização da **CONTRATANTE**, excetuando-se casos de comprovada emergência, devendo esta ser justificada em prazo não superior à 48h, ou dois dias úteis, sob risco de desconto do respectivo valor do montante a ser pago pela **CONTRATANTE**.

2.3 - As partes ajustam que os materiais de consumo e medicamentos utilizados pelo **CONTRATADO** no atendimento dos beneficiários da **CONTRATANTE** serão pagos por esta última, com base nos valores negociados na **Tabela SIMPRO e BRASÍNDICE.**

2.3.1 – A Contratada deverá enviar a Contratante a listagem de medicamentos e insumos necessários ao atendimento, e esta última enviará à residência do beneficiário, sempre com antecedência mínima de uma semana os materiais solicitados. Havendo dúvidas sobre a listagem, poderá a Contratante questionar à Contratada, ressalvado o disposto na cláusula 2.3.2

2.3.2 Em caso de urgência, a Contratada poderá adquirir os materiais de consumo e medicamentos a serem ministrados aos beneficiários, ficando esta obrigada a solicitar a expressa aprovação da Contratante em até 48 horas da aquisição.

2.4 - As diárias, taxas e serviços terão os custos cobertos pela **CONTRATANTE,** conforme Tabela de Preços, prevista no **ANEXO I** e de acordo com as especificidades constantes deste instrumento.

2.5 – Os exames complementares necessários para o diagnóstico e a recuperação do paciente deverão ser solicitados expressamente a **CONTRATANTE**, ficando esta responsável por providenciar a cobertura dos custos dos mesmos.

2.6 - Sem prejuízo das condições acima, as partes ajustam o seguinte:

2.6.1 - Não será admitida, sob qualquer pretexto, a cobrança direta aos beneficiários da **CONTRATANTE** de qualquer valor ou importância referente ao serviço prestado, vez que todas as condições já estão inclusas no anexo I..

2.6.2 - Considerando ser este um contrato por prazo indeterminado, os valores previstos neste contrato serão revistos anualmente, de comum acordo entre as PARTES. Em concordando as PARTES com o reajuste, deverá sempre ser respeitadas o período de 02 (dois) meses entre o acordo quanto ao reajuste e a efetivação do mesmo, sendo que a aplicação dependerá, contudo, do prévio e expresso acordo entre as partes formalizadas por escrito em aditivo contratual.

3. PAGAMENTOS

3.1 - O **CONTRATADO** entregará à **CONTRATANTE** a fatura e documentação correspondente aos atendimentos prestados aos seus beneficiários até o dia 20 do mês subseqüente ao mês de atendimento. Se o dia da entrega coincidir com fim de semana ou feriado, será entregue no 1º dia útil seguinte.

Amil

1201

3.2 - Não será admitida a inclusão na fatura, de valores referentes a procedimentos executados em meses anteriores superiores a 30 (trinta) dias ao da competência da fatura, como estipulado na cláusula 3.1 supra, exceto se autorizados pela **CONTRATANTE.** A não inclusão na fatura de determinado procedimento importará na impossibilidade de sua inclusão em fatura futura e na impossibilidade de sua cobrança futura seja da **CONTRATANTE**, seja do beneficiário da **CONTRATANTE**.

3.3 - Fica ajustado, ainda, que para os casos de beneficiários da **CONTRATANTE** que permaneçam em atendimento por longo período ou que tenham seu atendimento iniciado em um mês, vindo a se estender a outro mês, o **CONTRATADO,** obrigatoriamente, apresentará fechamento parcial de conta, com limite máximo de 30 (trinta) diárias, em relação aos serviços prestados.

3.4 - A **CONTRATANTE** não se responsabilizará pelas despesas do atendimento a beneficiários com contrato suspenso ou extinto, e das despesas provenientes do atendimento a beneficiários de empresas já excluídas de seu quadro de clientes, a partir da comunicação desta exclusão do beneficiário ao **CONTRATADO.**

3.5 - A **CONTRATANTE** obriga-se a efetuar o pagamento em igual dia do mês subseqüente a entrega da fatura, ou no 1º dia útil, quando este coincidir com o fim de semana ou feriado, o qual será feito na forma de depósito em conta corrente previamente definida pelo **CONTRATADO**, conforme descrito abaixo:

BANCO ITAÚ 341
AGENCIA: 1514
CONTA CORRENTE: 25547-8

3.5.1. – Fica expressamente proibida, sob qualquer hipótese ou condição, a cobrança da fatura através de boleto bancário.

3.5.2 - Fica expressamente vedada à cessão do presente contrato a terceiros, como também a cessão ou utilização do mesmo e de possíveis créditos a terceiros, como quitação de dívida, pagamento, permuta ou garantias.

3.6 - As faturas entregues a **CONTRATANTE** serão objeto de análise técnico-administrativa, das contas relativas aos procedimentos objeto do presente contrato, sendo as divergências apuradas comunicadas ao **CONTRATADO,** descontando-se o valor destas no pagamento a ser efetuado, estando as cartas de divergência disponibilizadas ao mesmo.

3.7 - O **CONTRATADO** deverá no prazo máximo de 60 (sessenta) dias preclusivos, solicitar revisão de eventuais divergências ocorridas no ato do recebimento da fatura, após o que nada mais será devido pela **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO.** A revisão se dará na forma de recurso de divergências, com a apresentação de justificativas e documentos comprobatórios pelo **CONTRATADO**, que serão objeto de análise e após consenso mútuo, caso haja algum valor a ser creditado ao **CONTRATADO**, este ocorrerá em data a ser negociada entre as PARTES.

3.8 - A **CONTRATANTE** se reserva ao direito de solicitar a apresentação de relatórios, informações, esclarecimentos e/ou documentos comprobatórios dos serviços médico-domiciliares prestados. O **CONTRATADO** disponibilizará o acesso à **CONTRATANTE** ao prontuário médico, que será analisado por profissional autorizado, desde que não fira normas estipuladas pelo Código de Ética Médica ou interfira na conduta médica adotada pelo profissional assistente.

Amil

1202

5. OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO CONTRATADO

6.1 - Prestar aos beneficiários da **CONTRATANTE** por sua conta e responsabilidade, os serviços de Atenção Domiciliar, observando o padrão de excelência técnica esperado para uma empresa de alta qualidade.

6.1.2 - Fica estabelecido entre as partes que a responsabilidade da **CONTRATANTE** se limita ao objeto do presente contrato, não sendo sob qualquer hipótese responsável ou solidária com o **CONTRATADO, SEUS PREPOSTOS E/OU DEMAIS PROFISSIONAIS** que prestarem serviço em nome do **CONTRATADO** pelos atos por estes praticados, sobretudo no exercício da atividade médica.

6.2 - Quando da solicitação de exames, remoções, materiais e medicamentos, que venham a ser necessários devido à intercorrências e/ou complicações nos pacientes atendidos, o **CONTRATADO** deverá solicitá-los através do telefone: **(011) 3170-1000 (Central do Atendimento Domiciliar / Apoio Médico – 24 horas).**

6.3 - Quando da solicitação de exames, remoções, materiais e medicamentos, necessários ao atendimento eletivo dos beneficiários, o **CONTRATADO** deverá solicitá-los através do fax: **(011) 3170-1010 (Central do Atendimento Domiciliar – horário comercial).**

6.4 - É de competência e responsabilidade exclusiva do **CONTRATADO**, como entidade prestadora de serviços médicos, a realização e a prestação dos serviços médico domiciliares, bem como pelo cumprimento de todas as obrigações previstas no Código de Ética Médica, entre os quais o dever de informação.

6.5 Fica pactuado ainda que o **CONTRATADO** assume integral responsabilidade pelos trabalhos técnicos e especializados que prestará em decorrência deste contrato, respondendo portanto, em juízo ou fora dele, por eventuais danos e prejuízos relativos aos serviços fornecidos.

6.6 É de inteira responsabilidade da Contratada a prática de atos profissionais que comprovadamente sejam danosos ao beneficiário da Contratante que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência, respeitados os processos éticos pelos Conselho ou órgãos de classe que possuam tal prerrogativa;

6.7 Em casos de noticia de possíveis atos profissionais danosos aos beneficiários da Contratante, denunciados pelos mesmos ou constatados pela própria Contratante, o fato poderá ser devidamente apurado por uma Comissão de Auditoria Médica designada pela Contratante, garantindo-se o devido processo legal e amplo direito de defesa profissional, encaminhando-se o caso as autoridades competentes.;

6.7 - O **CONTRATADO** ficará inteiramente responsável pelo suporte de todos os ônus fiscais e/ou para fiscais oriundos de sua atividade e da presente prestação de serviços, assim como todos os ônus trabalhistas, previdenciários, fundiários e securitários relativos aos seus empregados.

6.8 - Em sendo obrigada a **CONTRATANTE**, inclusive por determinação judicial, a efetuar o pagamento de quaisquer valores de obrigação do **CONTRATADO**, este ressarcirá a **CONTRATANTE, em até 72 horas,** os valores por esta despendidos.

6.9 – Caso ocorra algum incidente que prejudique o bom relacionamento entre o beneficiário e o **CONTRATADO** ou que o impeça do seu pleno exercício profissional, o **CONTRATADO** tem o direito de renunciar ao atendimento, comunicando previamente o fato, em prazo não inferior a 15 dias, à

Amil

1204

8.5 - Em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, poderão os beneficiários serem discriminados ou atendidos ou de forma inferior àquela dispensada aos demais clientes/pacientes do **CONTRATADO.**

8.6 - Quaisquer infrações nas cláusulas deste contrato, notificada pela parte inocente e não sanadas no prazo de 30 (trinta) dias, autoriza a parte prejudicada a interpor medida judicial visando o cumprimento do contrato, na forma avençada.

8.7 - Qualquer modificação no presente termo somente será admitida mediante termo aditivo, onde conste a assinatura das PARTES, devidamente habilitadas, razão pela qual, toda e qualquer vantagem, liberalidade ou tolerância concedida, por qualquer das partes à outra, sem observância do termo, não significará renúncia, perdão, novação ou alteração do que foi aqui contratado sendo, portanto, extinguível a qualquer tempo, como liberalidade que é.

8.8 - Este CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS substitui todo e qualquer outro compromisso, entendimento, ajuste, termo, proposta ou contrato anteriormente assinado entre as partes referentes ao objeto aqui tratado.

8.9 - O **CONTRATADO** deverá fornecer qualquer informação dos serviços prestados aos beneficiários da **CONTRATANTE**, exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em atendimento ao disposto no Inciso XXXI do art. 4º da Lei 9961/2000.

8.10 - Os anexos e aditivos ao presente contrato, desde que assinados pelas partes, através de pessoas devidamente habilitadas e autorizadas, são parte integrante deste pacto sendo, portanto, obrigatória às PARTES.

8.13 - As partes elegem o Foro Central da comarca da capital do Estado de São Paulo/SP, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato de prestação de serviços.

E por estarem de acordo, assinam o presente termo em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas que também o assinam, a fim de que se produzam os seus devidos e legais efeitos.

São Paulo, 01 de outubro de 2013.

AMIL – Assistência Médica Internacional SA
CNPJ 29.309.127/0073-43

AMICO SAÚDE LTDA
CNPJ 51.722.957/0001-82

STILLU'S PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM S/C LTDA ME
CNPJ 03.912.120/0001-53

São Cristóvão saúde

1205

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
(ATENDIMENTO EM REGIME DOMICILIAR)

Por este instrumento particular, em que são partes:

CONTRATATANTE

ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTOVÃO, inscrita no CNPJ sob o no. 60.975.174/0001-00 e registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o no. 31421/8, sediada à Rua Américo Ventura, 123 – Mooca, São Paulo/SP, ora representada por seu CEO - Eng. Sr. Valdir Pereira Ventura, na forma de ESTATUTO SOCIAL

CONTRATADA

STILLU'S PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM LTDA., sediada à Rua das Goiabeiras, nº 559 – Jardim/Sto André-SP, Cep. 09090-060, inscrita no CNPJ sob o nº 03.912.120/0001-53, devidamente inscrita no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o nº 928826, inscrita no CRE sob nº COREN 574/CLA2, ora representada(o) por seu sócios Sueli de Oliveira, brasileira, divosciada, ciências jurídicas, portador do RG nº 14.493.797-9 – SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 069.105.528-90, residente e domiciliada em São Bernardo do Campo e Nilva Maria Lopes Gomes, brasileira, casada, tecnologia da informação, portador do RG nº 18.500.458-1 – SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 073.431.418-30, residente e domiciliada em São Paulo - SP

têm, entre si, certo e ajustado o seguinte:

DO OBJETO

1. O objetivo do presente contrato é a prestação dos serviços de assistência em regime domiciliar pela **CONTRATADA**, através dos profissionais por ela indicados, aos beneficiários da **CONTRATANTE** em São Paulo, grande São Paulo e Litoral, por esta expressamente indicados.

DAS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2. A **CONTRATADA** se obriga a prestar serviços objeto do presente contrato, observados os termos da Resolução nº 1.668, de 07 de maio de 2003, do Conselho Federal de Medicina, por equipe multidisciplinar composta por profissionais especificados no ANEXO I, de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição, Psicologia, conforme a necessidade e fornecer orçamento, após prévia autorização da **CONTRATANTE**.

3. A prestação de serviços previstos objeto do presente contrato, não será de exclusividade da empresa **CONTRATADA**, reservando-se a **CONTRATANTE** o direito de livre escolha da empresa que considerar conveniente.

São Cristóvão saúde

1206
11

4. A **CONTRATADA** compromete-se prestar os serviços objeto do presente contrato 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe multidisciplinar permanente, acessível por telefonia celular, rádio comunicador ou Bip.

5. Cada médico, integrante da equipe de atendimento domiciliar da **CONTRATADA**, não poderá ser responsável por mais de 15 (quinze) pacientes, cabendo-lhe a responsabilidade pela expedição do atestado de óbito em caso de falecimento do paciente.

6. A aprovação para a prestação dos serviços dar-se-á por cotação, sendo a **CONTRATADA** obrigada a fornecer o orçamento contendo o programa terapêutico proposto, tempo previsto do atendimento, plano de capacitação dos cuidadores, materiais, medicamentos e gases medicinais necessários, dentro do prazo de 24 horas úteis a contar do recebimento da solicitação.

7. Os serviços de atendimento domiciliar, objeto do presente contrato, somente poderão ser prestados com a expressa concordância do paciente ou do seu representante legal, o que se fará através de documento próprio o qual deverá ser apensado ao prontuário.

8. A **CONTRATADA** deverá comunicar à **CONTRATANTE** toda e qualquer alteração da proposta terapêutica, bem como indicação de exames subsidiários, avaliação de médico especialista, internação de urgência/emergência ou eletiva. Esta comunicação se fará através de envio de relatório médico ao setor do PAD - Programa de Atendimento Domiciliar pelo Fax.: 2029-7383, nos dias e horários assim compreendidos, de 2ª. á 6ª. Feira das 08:00hs ás 17:00hs, fora destes períodos, inclusive feriados, deverão ser enviadas à CDAH- Central de direcionamento e Apoio Hospitalar pelo Fax.: 2029-7368//7369.

9. Será de responsabilidade da **CONTRATANTE**, diretamente ou através de terceiros, à assistência no que se refere a remoção de urgência, emergência e para realização de exames, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, em ambulância equipada ou simples, com ou sem acompanhamento médico, conforme a necessidade, mediante avaliação prévia do médico assistente da **CONTRATADA**.

10. Caberá exclusivamente à **CONTRATANTE** a indicação do Hospital de retaguarda, para atendimentos de urgência e emergência, e do serviço especializado, para realização de exames.

11. A **CONTRATADA** se obriga a fornecer toda medicação, materiais e equipamentos necessários previstos em orçamento ao tratamento que der origem à internação e para as demais intercorrências que venham a ocorrer neste período, até a respectiva alta.

    11.1 O fornecimento de produtos para a realização dos serviços objeto do presente contrato, de responsabilidade da **CONTRATADA**, se dará através de mochilas ou similares, em caráter de consignação, sendo assim, a cobrança dar-se-á somente dos produtos efetivamente consumidos, mediante apuração mensal.

1207
17

12. A **CONTRATADA** se obriga a fornecer à **CONTRANTANTE**, sempre que necessário, informações relativas à sua produção assistencial relativa aos atendimentos realizados.

DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

13. Todo e qualquer atendimento inicial previsto neste instrumento, somente terá início se prévia e expressamente for autorizado pela **CONTRATANTE**.

DA AUDITORIA TÉCNICA

14. A **CONTRATADA** concorda que, periodicamente os serviços prestados aos pacientes sejam auditados pela área técnica, devidamente credenciada pela **CONTRATANTE**, "in loco" e/ou solicitação de relatórios, informações, esclarecimentos e apresentação de documentos comprobatórios do atendimento domiciliar realizado, conforme preceitua o Código de Ética Médica. Qualquer questionamento pelas partes contratantes tendo por objeto os referidos auditores, deverá ser comunicado por escrito à parte interessada.

DA REMUNERAÇÃO PELOS SERVIÇOS

15. Em remuneração pelos serviços prestados pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** pagará os valores especificados no ANEXO II, o qual, devidamente rubricado pelas partes, faz parte integrante do presente instrumento.

16. Os valores especificados no ANEXO II, poderão ser revistos a cada periodo de 12 (doze) meses, mediante livre negociação entre as partes contratantes.

DO PAGAMENTO DA REMUNERAÇÃO

17. Para efeito de pagamento da remuneração, o(a) **CONTRATADO(A)** deverá enviar entre o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês até o ultimo dia útil do mês de atendimento o Protocolo Eletrônico – XML e as contas físicas à **CONTRATANTE**, com relatório e respectiva Nota Fiscal da fatura contendo a discriminação de todos os serviços prestados.

17.1.A **CONTRATANTE** efetuará o pagamento da remuneração, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento dos documentos especificados na cláusula 17, através de depósito bancário especificado na cláusula 19 pelo(a) **CONTRATADO(A)**.

18. O prazo máximo para apresentação das contas serão de 30 (trinta) dias, a contar da data de prestação dos serviços, sob pena de não ser efetuado o pagamento da respectiva remuneração.

1208

19. Os valores envolvidos neste contrato e que serão pagos pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** serão depositados na conta corrente da empresa TREND SETTER FOMENTO MERCANTIL LTDA, inscrita no CNPJ sob nº 02.490.088/0001-00, com sede à Rua Ana Benvinda de Andrade, 87 – Santana – São Paulo – CEP 02403-030 – SP, Banco Bradesco (237), Agência 91-4, Conta Corrente -200185-3, a pedido da **CONTRATADA**.

§ 2º - Com referido depósito na conta supra, o **CONTRATADA** dá à **CONTRATANTE** plena, total, irrevogável e irretratável quitação quanto aos valores devidos em razão da prestação dos serviços.

19.1 Os valores referentes às glosas aceitas serão abatidas da fatura do mês subseqüente ao registro operacional.

20. Ocorrendo atraso no envio dos documentos especificados na Cláusula 17, o pagamento será postergado pelo mesmo prazo observado no atraso.

21. Todos os impostos, taxas, contribuições ou encargos que incidam ou venham a incidir sobre os valores a serem pagos pela **CONTRATANTE**, em decorrência da prestação dos serviços objeto deste contrato, correrão por conta única e exclusiva da **CONTRATADA**.

DA VIGÊNCIA, DENÚNCIA E RESCISÃO

22. Este contrato é celebrado por prazo indeterminado, podendo ser denunciado, por qualquer das partes, mediante prévia notificação com 60 (sessenta) dias de antecedência.

23. O prazo de 60 (sessenta) dias, acima fixado, poderá ser prorrogado para fins de atendimento de beneficiário cujo tratamento não possa sofrer solução de continuidade, responsabilizando-se a **CONTRATANTE**, somente nesta hipótese, pelo pagamento dos serviços prestados pela **CONTRATADA**.

24. O descumprimento de qualquer das cláusulas e/ou condições previstas no presente instrumento implicará na sua imediata rescisão, independentemente de qualquer notificação e/ou interpelação, seja ela judicial ou extrajudicial, e obrigará a parte que deu causa à rescisão ao pagamento de multa, de caráter penal compensatório, no valor de R$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais).

25. Também ensejará a rescisão do presente contrato, aplicando-se, no que couber as disposições previstas pela cláusula anterior, independente de aviso ou notificação, nos seguintes casos: falência, dissolução, liquidação, judicial ou concordata preventiva de qualquer das partes contratantes.

1209

DA DESVINCULAÇÃO DAS PARTES

26. Por força deste contrato, não se estabelece nenhum tipo de sociedade, associação, representação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária entre as partes.

27. Ainda por força deste contrato, não se estabelece qualquer vínculo empregatício entre as partes, cabendo à **CONTRATADA**, única e exclusivamente, o pagamento de todos e quaisquer encargos trabalhistas, previdenciários, fundiários e/ou securitários relativos aos seus empregados.

27.1 A **CONTRATADA** será responsável pelo ressarcimento, devidamente atualizado, de eventuais condenações e quaisquer despesas que vierem a ser imputadas à **CONTRATANTE**, através de processo administrativo ou judicial a que título for, assim como as reivindicações de seus empregados, as reclamações trabalhistas em geral e as demandas de terceiros, decorrentes do presente Contrato.

27.2 Caso a **CONTRATANTE** seja autuada, notificada, citada, intimada ou condenada em razão do não cumprimento de qualquer obrigação atribuível à **CONTRATADA**, seja de natureza fiscal, trabalhista, previdenciária ou de qualquer outra espécie, assistir-lhe-á o direito de reter a quantia referente à obrigação, do faturamento apresentado pela empresa, até sua total quitação.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

28. A **CONTRATADA** é a única e exclusiva responsável pela idoneidade dos serviços prestados, assim como pelo exato cumprimento da legislação aplicável, seja ela federal, estadual ou municipal, aqui incluídas todas as resoluções, recomendações e demais determinações emanadas de órgão legalmente investido de funções fiscalizadoras das atividades médicas e hospitalares.

29. A **CONTRATADA** também é a única e exclusiva responsável, civil e criminalmente, pela reparação dos danos eventualmente causados aos beneficiários da **CONTRATANTE**, em decorrência da prestação dos serviços objeto deste contrato.

30. A tolerância de uma das partes em razão do inadimplemento das obrigações assumidas pela outra, não implicará em novação, renúncia de direitos ou qualquer forma de alteração das cláusulas e condições estabelecidas através do presente instrumento cujo cumprimento poderá ser exigido a qualquer momento.

São Cristóvão saúde

1210

31. Nenhuma das partes poderá ceder ou transferir, seja parcial ou totalmente, as obrigações decorrentes do presente instrumento, salvo consentimento expresso, por escrito, da outra parte.

32. Este contrato constitui o total entendimento entre as partes, com respeito à matéria aqui disciplinada, e substitui todos os ajustes, negociações e discussões anteriores havidos entre elas.

33. O presente instrumento somente poderá ser alterado por acordo escrito assinado por ambas as partes.

DO FORO DE ELEIÇÃO

34. As partes elegem o Foro Central da Comarca da Capital do Estado de São Paulo para dirimir qualquer questão oriunda do presente contrato, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem, assim, justas e contratadas, firmam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, rubricando todas as páginas e anexos, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo nomeadas.

São Paulo, 01 de setembro de 2013

Valdir Pereira Ventura
CEO

CONTRATANTE
Associação de Beneficência e Filantropia São Cristovão
Sr. Valdir Pereira Ventura - CEO – Grupo São Cristóvão Saúde

5.º TABELIÃO

Sueli de Oliveira

5.º TABELIÃO

Nilva Maria Lopes Gomes

CONTRATADA
(STILLU'S PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM S/C LTDA.)

Testemunhas:

1 Nome: Mauricio J. Santos Duarte	2 Nome:
R.G. 48.395.102-8	R.G.

1211

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOME-CARE

I – CONTRATANTE

PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA., operadora de plano de saúde registrada junto a **ANS** sob número **30.214-7**, inscrita no **CNPJ** sob. número **00.461.479/0001-63**, situada no Município de São Paulo, Estado de São Paulo, na Rua Lourenço Marques, 158, Bairro Vila Olímpia, Cep 04547-100, neste ato representada por seu representante legal **EDUARDO FAGUNDES PARRILLO**, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de Identidade Rg nº 11.782.987-0 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob nº 085.706.378-29 e no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob nº 76747 doravante denominado **CONTRATANTE**

II- CONTRATADA

STILLUS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ENFERMAGEM LTDA, sediada à Rua das Goiabeiras, 559- Bairro Jardim – Santo André – SP. – Cep. 09090-060 – inscrita no CNPJ sob nº 03.912.120/0001-53, devidamente inscrita no CRM sob. nº 928826, inscrita no CRE sob. nº COREN 574/CLA 2, neste ato representada por seu representante legal **SUELI DE OLIVIEIRA**, brasileira, divorciada portadora do RG 14.493.797-9 e do CPF 069.105.528-90, residente e domiciliada na Rua Eugenio Aronchi, 48- Jardim do Mar , São Bernardo do Campo – SP, doravante denominado **CONTRATADA**.

Tem entre si justo celebrar o presente Contrato de Prestação de Serviços de Assistencia Domiciliar, certo e ajustado o que segue:

CLAUSULA 1 OBJETO

1.1 O Objetivo do presente contrato é a prestação dos serviços de assistência em regime domiciliar pela **CONTRATADA**, através dos profissionais por ela indicados, aos beneficiários da **CONTRATANTE**, por esta expressamente indicados.

CLAUSULA 2 EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 A **CONTRATADA** se obriga a prestar serviços objeto do presente contrato, observados os termos da Resolução n 1.668, de 07 de maio de 2003, do Conselho Federal de Medicina, por equipe multidisciplinar composta por profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, conforme a necessidade e/ou Exigência Judicial através de Liminar. Fornecer orçamento, após previa autorização da **CONTRATANTE**.

2.2 A **CONTRATADA** compromete-se prestar os serviços objeto do presente contrato 24(vinte quatro) horas por 7(sete) dias por semana, com equipe multidisciplinar permanente, para isso, deve ser levado em consideração as condições clinicas do paciente, bem como a autorização da **CONTRATANTE** e/ou Exigência Judicial através de Liminar.

2.3 A Equipe Médica integrante da **CONTRATADA**, serão responsáveis pela expedição do atestado de óbito em caso de falecimento do paciente.

1212

2.4 A aprovação para a prestação dos serviços dar-se-á mediante a relatório médico, sendo a **CONTRATADA** obrigada a fornecer o orçamento contendo o programa terapêutico proposto, tempo previsto do atendimento, plano de capacitação dos cuidadores, materiais e equipamentos necessários, dentro do prazo de 24 horas e/ou Exigências Judiciais através de Liminar, a contar do recebimento da solicitação.

2.5 A **CONTRATADA** deverá comunicar à **CONTRATANTE** toda e qualquer alteração de proposta terapêutica, bem como indicação de exames subsidiários, avaliação medico especialista, internação de urgência/emergência ou eletiva.

2.6 Todo e qualquer atendimento inicial previsto neste instrumento, somente terá início se previa e expressamente for autorizado pela **CONTRATANTE**.

CLAUSULA 3 AUDITORIA TECNICA

3.1 A **CONTRATADA** concorda que, periodicamente os serviços aos pacientes sejam auditados pela área técnica, devidamente credenciada pela **CONTRATANTE** e/ou solicitação de relatórios, informações, esclarecimentos e apresentação de documentos comprobatórios do atendimento domiciliar realizado, conforme preceitua o Código de Ética Médica. Qualquer questionamento pelas partes contratantes tendo por objetivo os referidos auditores, deverá ser comunicado por escrito à parte interessada.

CLAUSULA 4 OBRIGAÇÕES GERAIS DA CONTRATANTE

4.1 Será de responsabilidade da **CONTRATANTE**, diretamente ou através de terceiros, à assistência no que se refere a remoção de urgência, emergência e para realização de exames, durante 24(vinte quatro) horas por dia, 7(sete) dias por semana, em ambulância equipada ou simples, com ou sem acompanhamento médico, conforme a necessidade mediante avaliação previa do médico assistente da **CONTRATADA**.

4.2 Caso esta remoção seja feita diretamente ou através de terceiros pela **CONTRATADA**, com autorização expressa da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** passará os custos a **CONTRATANTE**.

4.3 Caberá exclusivamente à **CONTRATANTE** a indicação do HOSPITAL de retaguarda para atendimentos de urgência e emergência, e do serviço especializado, para realização de exames.

4.4 A **CONTRATANTE** se obriga a fornecer toda medicação endovenosa ou subcutânea necessários previstos em orçamentos, ao tratamento que der origem à internação e para as demais intercorrências que venham a ocorrer neste período, até a respectiva alta.

4.5 Encaminhar diretamente a **CONTRATADA** quaisquer reclamações referentes aos Serviços.

CLAUSULA 5 OBRIGAÇÕES GERAIS DA CONTRATADA

5.1 Acompanhar sempre que necessário o paciente em consultas e exames fora do domicilio.

5.2 Cuidar para que todos os Profissionais mantenham o ambiente ocupado pela paciente em condições de higiene necessárias à eficiente prestação de serviços.

5.3 Cuidar para que todos os profissionais observem ás determinações medicas e de enfermagem no relacionamento com o paciente.

5.4 Prestar os serviços de forma diligente, ética, obediente à legislação aplicável e sempre através de profissionais legalmente habilitados.

5.5 Sempre que solicitada, por escrito e fundamentalmente, substituir qualquer dos profissionais num prazo máximo de 24(vinte quatro) horas, contados do recebimento da respectiva solicitação.

5.6 Responsabilizar-se pela destinação final dos resíduos infectantes decorrentes dos serviços, retirada do perfuro cortante e material infectante.

5.7 Disponibilizar pessoal técnico especializado, treinado para a função, capacitado e em número suficiente para a prestação de serviços contratados, atendendo rigorosamente à legislação aplicável e aos padrões técnicos e de qualidade recomendados pelas autoridades competentes conforme.

5.8 Providenciar, sempre que solicitado pela **CONTRATANTE** ou seus familiares e no menor prazo possível, nunca superior a 24 horas depois de comunicados por qualquer meio, a substituição de quaisquer dos empregados ou subcontratados em virtude do não atendimento aos padrões de qualidade razoavelmente esperados ou de comportamento inadequado ou má conduta, nos termos do artigo 482 da Consolidação das Leis do Trabalho(CLT).

5.9 Responsabilizar-se por todos os tributos, incluindo o Imposto Sobre Serviço(ISS), encargos e contribuições municipais, estaduais e federais, decorrentes das suas atividades e da prestação dos serviços contratados, bem como por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados.

5.10 . Repor os recursos humanos em caso de ausência por quaisquer motivos (férias/licença maternidade/doença e etc.), dentro de 24 horas depois de comunicada por qualquer forma pela **CONTRATANTE** e/ou seus familiares, sob pena dos descontos no valor da remuneração pelos dias faltados.

5.11 O representante devidamente indicado pela **CONTRATADA**, será responsável pela fiscalização, supervisão, direção técnica e administrativa dos empregados utilizados pela **CONTRATADA** na prestação dos serviços.

5.12 Responsabilizar-se pela correta utilização, guarda e conservação dos materiais, ferramentas, equipamentos e instalações eventualmente disponibilizados pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** para a prestação dos serviços e ressarcir eventuais extravios ou danos aos referidos materiais, ferramentas e equipamentos.

5.13 A **CONTRATADA** se obriga a fornecer à **CONTRATANTE**, sempre que necessário, informações relativas à sua produção assistencial relativa aos atendimentos realizados.

1214

CLAUSULA 6 VINCULOS EMPREGATICÍOS

6.1 Não se estabelece por força deste contrato, qualquer vínculo trabalhista ou empregatício entre **CONTRATANTE** e os profissionais, colaboradores ou terceirizados da **CONTRATADA**, durante a prestação de serviços objeto deste, correndo por conta exclusiva da CONTRATADA todos os encargos decorrentes da legislação vigente, sejam eles de natureza trabalhista, previdenciária, securitária ou qualquer outra.

6.2 Na hipótese de a **CONTRATANTE** ser acionada judicialmente por qualquer profissional, colaborador ou terceirizado indicado pela **CONTRATADA**, esta se obriga a proceder ao correspondente e integral ressarcimento de todos os encargos, prejuízos ou ônus suportados pela **CONTRATANTE**, obrigando-se a responsabilizar-se solidariamente em qualquer demanda trabalhista proposta em virtude do presente Contrato, bem como fica a **CONTRATANTE** de pronto autorizada a requerer a citação da **CONTRATADA** para que esta assuma o pólo passivo da demanda, responsabilizando-se pelos custos e indenizações e demais verbas cabíveis a espécie inclusive honorários advocatícios.

CLAUSULA 7 REMUNERAÇÃO PELOS SERVIÇOS

7.1 Em remuneração pelos serviços prestados pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** pagará os valores especificados nos Anexos constantes da clausula 11, o qual, devidamente rubricado pelas partes, fazem parte integrante do presente contrato.

7.2 Os valores especificados nos Anexos constantes na clausula 11, poderão ser revistos a cada período de 12(doze) meses, mediante livre negociação entre as partes contratantes.

CLAUSULA 8 ENTREGA DO FATURAMENTO E REMUNERAÇÃO

8.1 Para efeito da contraprestação a **CONTRATADA**, enviará à **CONTRATANTE**, até o dia 05(cinco) do mês subsequente a prestação de serviços, o faturamento deve ir acompanhado das autorizações, relatórios e outros documentos relativos ao atendimento discriminando os valores cobrados e os dados do **BENEFICIARIO** que recebeu os serviços. As faturas enviadas via SEDEX, somente serão aceitas se a data da postagem for até o último dia do cronograma de entrega pré-estabelecido.

8.2 Para o fechamento da fatura a ser apresentada, deverão ser computados somente os serviços prestados até o dia 20 do mês em referência.

8.3 Fica estabelecido que as contas entregues com prazo superior a 30(trinta)dias da data do atendimento não serão aceitas. E estas faturas apresentadas em prazo superior a 30(trinta) dias da data do atendimento e não acatadas pela **CONTRATANTE**, em hipótese alguma poderão ser cobradas diretamente dos **BENEFICIÁRIOS**.

8.4 Para efeito de apuração em relação ao mês de referência, somente serão aceitas as faturas apresentadas dentro dos prazos estabelecidos, sendo que, no caso de atraso na entrega, sofrerá também atraso no pagamento.

8.5 Os serviços prestados pela **CONTRATADA**, serão pagos pela **CONTRATANTE** 30(trinta) dias após a apresentação da fatura, mediante **NOTA FISCAL** e através de depósito bancário indicado pela **CONTRATADA**, respeitando os termos das cláusulas acima.

1215

8.7 Com o referido deposito na conta supra, a **CONTRATADA** dá à **CONTRATANTE** plena, total irrevogável e irretratável quitação quanto aos valores devidos em razão da prestação dos serviços.

8.8 Os valores revistos das glosas integrarão o faturamento do mês seguinte a apreciação.

8.9 O **CONTRATADO** terá o prazo de 30(trinta)dias, contados do recebimento do relatório acima descrito para manifestação sobre as divergências, sob pena de ser considerado liquida e certa a dedução efetuada. Havendo discordância em relação aos recursos, deverão as partes negociar soluções até 30(trinta)dias, contados da manifestação do **CONTRATADO**.

8.7 O **CONTRATADO** deverá adotar todas as orientações previstas na Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS.

CLAUSULA 9 PRAZO DE VIGÊNCIA

9.1 O presente contrato vigorará por prazo indeterminado, sendo facultado à quaisquer das partes rescindi-lo mediante denuncia, livre de encargos, exceto os serviços efetivamente já prestados, que serão devidos de forma proporcionál, mediante aviso escrito com antecedência de 30(trinta) dias, mantendo-se, durante esse período, todas as obrigações reciprocamente assumidas sob o contrato.

CLAUSULA 10 DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 A **CONTRATADA,** é única e exclusiva responsável pela idoneidade dos serviços prestados, assim como pelo exato cumprimento da legislação aplicável, seja ela federal, estadual ou municipal, aqui incluídas todas as resoluções, recomendações e demais determinações emanadas de órgão legalmente investido de funções fiscalizadoras das atividades medicas e hospitalares, bem como seguir as orientações da **CONTRATANTE** quanto aos serviços a serem prestados, principalmente quando resultantes de determinações Judiciais.

10.2 Este contrato constitui o total entendimento entre as partes, com respeito à matéria aqui disciplinada.

CLAUSULA 11 ANEXOS

11.1 Anexo I – Descrição dos Serviços e Valores

1216

CLAUSULA 12 FORO

12.1 As partes elegem o Foro Central da Comarca da Capital do Estado de São Paulo como único e competente para dirimir quaisquer pleitos oriundos do presente termo de Credenciamento, como renúncia a qualquer outro, por mais privilégio que seja.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento em 02(duas) vias de igual teor, na presença de testemunhas.

São Paulo, 27 de novembro 2013

CONTRATANTE:

PREVENTE SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA

EDUARDO FAGUNDES PARRILLO

Diretor Presidente

NEGOCIADOR:

PRISCILA VALENTIM

5.º TABELIÃO

CONTRATADA:

5.º TABELIÃO

STILLUS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ENFERMAGEM LTDA

SUELI DE OLIVEIRA

Nilce Mª Lopes Gomes.

TESTEMUNHAS:

NOME: NOME:

RG: RG:

Trasmontano
Saúde

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM AMBIENTE DOMICILIAR

Contrato de Prestação de Serviços que celebram entre si as partes abaixo identificadas e qualificadas, com base nas cláusulas e condições adiante especificadas:

I – DAS PARTES

CONTRATANTE: CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO, associação civil sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 62.638.374/0001-94, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 30362-3, com sede na Rua Tabatinguera, 294, Centro, CEP 01020-903, São Paulo, Capital, neste ato representado por seus Diretores abaixo assinado, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**.

CONTRATADO: STILLU'S PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM LTDA, inscrito no CNPJ sob o nº 03.912.120/0001-53, e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES sob o nº 3830594, com sede na Rua das Golabeiras, 559, Jardim, Santo André, CEP 09090-060, neste ato representado por Sueli de Oliveira, divorciada, bacharel em ciências jurídicas, portadora do RG nº 14.493.797-9 e devidamente inscrita CPF nº 069.105.528-90, e, Nilva Maria Lopes Gomes, casada, bacharel em ciência da informática, portadora do RG nº 18.500.458-1 e devidamente inscrita no CPF nº 073.431.418-30, doravante denominado simplesmente **CONTRATADO**.

II – DO OBJETO

Cláusula 1ª - Constitui objeto do presente contrato a **prestação de serviços médicos, de enfermagem, fonoaudiológicos, nutrição, monitoramento de pacientes crônicos e promoção à saúde aos pacientes que necessitem de assistência domiciliar e/ou monitoramento** aos beneficiários doravante denominados simplesmente de ASSOCIADOS, expressamente indicados pela **CONTRATANTE**, sendo vedado à **CONTRATANTE** impor contrato de exclusividade ou de restrição profissional.

III – DOS PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cláusula 2ª - A **CONTRATANTE** poderá incluir ou excluir Produtos de Assistência à Saúde. Em caso de exclusão, a **CONTRATANTE** deverá comunicar por escrito com no mínimo **30 (Trinta) dias** de antecedência. Os atuais produtos da **CONTRATANTE** que dão direito ao atendimento estão descritos no **ANEXO I** deste contrato.

IV – DO LOCAL DE ATENDIMENTO

Cláusula 3ª – Os serviços serão prestados aos ASSOCIADOS da **CONTRATANTE** exclusivamente em domicílio.

V - DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

Cláusula 4ª – O **CONTRATADO** poderá prestar os serviços contratados aos associados da **CONTRATANTE**, nas condições estabelecidas a seguir e em local conhecido, de acordo com o estabelecido neste instrumento, os seguintes serviços:

Centro Trasmontano de São Paulo Jurídico

Trasmontano
Saúde

§ 1º - Serviços de Home Care:

- ✓ Conforme especificados no Anexo II deste contrato.

§ 2º - A eliminação temporária ou definitiva de qualquer serviço que o **CONTRATADO** disponha a desobrigará da prestação do mesmo, desde que a **CONTRATANTE** seja previamente comunicada do fato com, no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência.

VI – DAS BASES DE REMUNERAÇÃO

Cláusula 5ª – O **CONTRATADO** será remunerado pelos serviços que prestar aos associados da **CONTRATANTE**, conforme estipulado nos itens a seguir identificados:

§ 1º - Serviços de Home Care:

- ✓ Conforme especificados no Anexo II deste contrato.

§ 2º - Os valores acordados entre o **CONTRATADO** e a **CONTRATANTE** poderão ser reajustados anualmente pelo índice que melhor reflita a variação ponderada dos custos mediante comum acordo entre as partes.

§ 3º – Se, ao final do período de reajuste definido no parágrafo anterior, as partes não compuserem a livre negociação, o reajuste será automaticamente aplicado, de forma anual e segundo o Índice de Preços ao Consumidor – IPC/FIPE, vigente à época.

VII - DAS NORMAS DE ATENDIMENTO

Cláusula 6ª – O **CONTRATADO** obriga-se a disponibilizar uma Central de Atendimento, 24 horas por dia, 07 dias por semana ininterruptamente. Este atendimento será exclusivo para o acionamento de solicitação de avaliação de associados em regime de internação domiciliar, quando de atendimento de emergência aos associados já integrantes do programa de Internação Domiciliar e/ou Monitoramento.

Cláusula 7ª – O **CONTRATADO** atenderá as emergências médicas de associados já integrantes do programa de internação domiciliar, solicitadas pelos próprios associados ou seus familiares, desde que autorizadas pela **CONTRATANTE,** disponibilizando para tanto, o suporte de equipe multidisciplinar composta por médicos e paramédicos, bem como veículo de transporte adequado, seja em ambulância UTI ou ambulância simples, este último de acordo com as necessidades do paciente/associado.

Cláusula 8ª – O **CONTRATADO** deverá atender as solicitações da **CONTRATANTE** quanto às avaliações de novas inclusões de pacientes ao programa de Home Care e/ou Monitoramento no prazo de 12 (Doze) horas, definindo rotina de tratamento individualizada para cada caso, ficando estabelecido que a elaboração e desenvolvimento do programa de Home Care e/ou Monitoramento a ser seguido é prerrogativa do **CONTRATADO**, podendo ser ouvida a **CONTRATANTE**.

Cláusula 9ª – O **CONTRATADO** deverá solicitar previamente a emissão de guia de autorização à **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- ✓ Na inclusão de novos pacientes em programa de internação domiciliar e/ou monitoramento;
- ✓ Nos casos de alteração no programa de atendimento dos pacientes já internados em domicílio;
- ✓ No caso de alteração ou solicitação de procedimentos médicos;
- ✓ Quando da necessidade de exames complementares de diagnósticos;
- ✓ Quando da necessidade de locação de equipamentos / mobiliários especiais.

Trasmontano
Saúde

Cláusula 10ª – Quando autorizada pela **CONTRATANTE** a inclusão de algum associado em programa de Home Care e/ou Monitoramento, o **CONTRATADO** deverá providenciar a solicitação da remoção através da Central de Atendimento da **CONTRATANTE**, instalando o associado em regime domiciliar, no prazo de 24 (Vinte e quatro) horas, contadas da comunicação de alta hospitalar ao **CONTRATADO,** sob pena de responder pelos custos havidos com despesas hospitalares decorrentes da demora na transferência, exceto nos casos em que comprovadamente não tenha sido possível a remoção nesse prazo, a critério da **CONTRATANTE** ou da Equipe Médica do Hospital de origem e também por interferência de terceiros e ressalvas técnicas.

Cláusula 11ª – Após a inclusão e início dos associados em programa de internação domiciliar ou monitoramento, o **CONTRATADO** deverá notificar por escrito a **CONTRATANTE** acerca de toda e qualquer alteração no quadro clínico do paciente, na alteração do programa de atendimento e intercorrência havida, principalmente quanto às indicações de internação hospitalar, bem como alta da internação domiciliar ou alta no monitoramento. Tais notificações devem ser feitas de imediato, sendo que somente poderão ocorrer internações hospitalares mediante prévia e expressa autorização da **CONTRATANTE,** exceto nos casos em que haja risco eminente de morte ou a internação seja decorrente de iniciativa da família e ou responsável. O descumprimento desta obrigação acarretará como conseqüência, o desconto de todos os custos oriundos da internação hospitalar não autorizada na fatura mensal, a ser paga pela **CONTRATANTE**.

Cláusula 12ª – Antes de efetuar qualquer solicitação de remoção para tratamento domiciliar o **CONTRATADO** deverá proceder à prévia análise clínica do associado, para constatação de incapacidade física e locomoção, bem como, deverá analisar a indicação médica do paciente/associado, sempre através de expressa requisição da **CONTRATANTE**, e, quando tratar-se de remoção de estabelecimento hospitalar, deverá o **CONTRATADO** observar a expressa anuência do profissional médico responsável pelo atendimento hospitalar do paciente, especialmente quanto à necessidade e a viabilidade da remoção.

Cláusula 13ª – A autorização prévia da remoção eletiva será solicitada pelo **CONTRATADO** à **CONTRATANTE**, utilizando-se da Central de Atendimento - Trasmontano, através do Telefone: (11) 3293-1515.

Cláusula 14ª – A indicação dos associados para a utilização dos serviços do **CONTRATADO** é de deliberação exclusiva da **CONTRATANTE**.

Cláusula 15ª – O atendimento aos Associados da **CONTRATANTE** deverá ser prestado nas mesmas condições em que são atendidos os demais usuários que utilizam os serviços prestados pelo **CONTRATADO,** de forma que atenda as necessidades dos associados, e privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade.

VIII – DA APRESENTAÇÃO E PAGAMENTO DAS CONTAS DE COBRANÇA DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Cláusula 16ª – Todas as contas referentes aos serviços prestados pelo **CONTRATADO** deverão ser entregues através de meio físico e eletrônico Padrão TISS à **CONTRATANTE,** juntamente com a Nota Fiscal dos serviços prestados conforme o calendário:

Competência	Data de Entrega
21 à 20	1º ao 3º dia útil do Mês subsequente

As contas entregues com atraso serão automaticamente transferidas para a competência seguinte, ressalvado o disposto na **Cláusula 17ª**.

Centro Trasmontano de São Paulo Jurídico

Trasmontano Saúde

Cláusula 17ª - A **CONTRATANTE** não aceitará e, em conseqüência, não terá direito a qualquer remuneração, documentos com mais de 60 (sessenta) dias de atraso, a contar da data de sua emissão ou rasurados, preenchidos incompletamente, parcialmente ou de forma incorreta.

Cláusula 18ª – As Contas referentes aos serviços prestados deverão ser entregues aos cuidados do departamento de Contas Médicas, em local indicado pela **CONTRATANTE.**

Cláusula 19ª – A **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento respectivo, no dia 06 do mês subseqüente, ou no primeiro dia útil seguinte, caso esses dias recaiam em sábados, domingos e feriados. O pagamento será efetuado através de depósito em conta bancária indicada pelo **CONTRATADO**.

Cláusula 20ª – A falta de pagamento da fatura apresentada no prazo assinado na **Cláusula 19ª** implicará na inadimplência e imediata aplicação de multa de 2% (dois por cento) + correção monetária.

Cláusula 21ª – O **CONTRATADO** reconhece o direito de averiguação da conta originária do faturamento por parte da **CONTRATANTE.** A **CONTRATANTE** analisará a documentação apresentada como faturamento, juntamente com toda documentação comprobatória da realização dos atendimentos, a fim de verificar adequação da mesma aos critérios estabelecidos no presente instrumento. Para os exames de imagem será obrigatória a apresentação de laudo.

Cláusula 22ª – As divergências (técnicas ou administrativas) decorrentes da Auditoria das contas apresentadas deverão ser deduzidas na própria competência, devendo os motivos de glosas ser apresentados pela **CONTRATANTE** para a complementação da documentação ou apresentação de recurso.

Cláusula 23ª – As eventuais glosas que a **CONTRATANTE** venha efetuar e não reclamadas por escrito no prazo de **30 (trinta) dias,** serão consideradas aceitas pelo **CONTRATADO,** sem que assista o direito de reivindicar, posteriormente os valores deduzidos a título de glosas, das faturas anteriores.

IX – DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

Cláusula 24ª - O presente contrato revoga integralmente os anteriores que porventura tenham sido firmados pelas partes.

Cláusula 25ª – O presente contrato passará a vigorar a partir de **21/04/2013**, e vigorará por prazo indeterminado.

Cláusula 26ª – O presente contrato poderá ser suspenso ou mesmo rescindido em caso de:

§ 1º - Inadimplência de quaisquer das cláusulas ora estipuladas, sem notificação ou interpelação prévia.

§ 2º - Unilateralmente, desde que não seja mais conveniente a continuação dos serviços, mediante aviso prévio, por escrito, em correspondência protocolada e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

§ 3º - Caso qualquer das partes requeira concordata ou tenha a sua falência ou liquidação requerida ou decretada.

Cláusula 27ª - Fica ainda acertado entre as partes, que qualquer alteração no presente instrumento, será objeto de aditivo contratual e somente vigorará após a respectiva assinatura.

Cláusula 28ª – Fica pactuada ainda, que o **CONTRATADO** assume integral responsabilidade pelos trabalhos técnicos e especializados que prestará em decorrência deste contrato, respondendo, portanto, à **CONTRATANTE,** frente a seus associados e a terceiros, em Juízo ou fora dele, por eventuais danos e prejuízos relativos aos serviços prestados.

Centro Trasmontano Jurídico Dep. São Paulo

Trasmontano Saúde

Cláusula 29ª – O **CONTRATADO** quando da rescisão deste instrumento, deverá informar de imediato à **CONTRATANTE** a relação dos ASSOCIADOS em tratamento continuado, pré-natal, pós-operatório e ainda, os que necessitem de atenção especial.

§ 1º - A **CONTRATANTE** comunicará a rescisão aos pacientes identificados na forma do item anterior, bem como garantirá os recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência.

§ 2º - O **CONTRATADO** disponibilizará profissional capacitado para fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente.

Cláusula 30ª – Os associados que estiverem sendo atendidos, após a rescisão deste contrato serão atendidos por outro prestador.

X – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 31ª – Haverá aplicabilidade de multa por infração contratual para ambas as partes, tendo como base, 20% (vinte por cento) do valor do custo do último faturamento.

Cláusula 32ª – Caberá o **CONTRATADO** disponibilizar à **CONTRATANTE** os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos ASSOCIADOS, observadas as questões éticas e sigilo profissional, quando requisitados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI do Art. 4º da Lei 9.961/00.

Cláusula 33ª – A **CONTRATANTE** não se responsabiliza pelos eventuais serviços prestados bem como pela conduta de profissionais da área de saúde contratados pela família em caráter particular, não contemplada pelo programa de Monitoramento ou Internação Domiciliar previstos no presente Instrumento Particular de Prestação de Serviços, sendo que, os custos de honorários destes profissionais eventualmente contratados de forma particular correrão única e exclusivamente por conta do associado internado ou por seus familiares responsáveis.

Cláusula 34ª – O **CONTRATADO** se obriga a manter padrão técnico exigível para a qualidade, eficiência e eficácia do atendimento, assim como empregar técnicos especializados e auxiliares devidamente treinados, assumindo inteira responsabilidade pelas obrigações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, de seguro e outras decorrentes de ação ou omissão de seus empregados ou prepostos.

Cláusula 35ª - O **CONTRATADO** fornecerá à **CONTRATANTE** a relação de seu quadro clínico e demais profissionais cadastrados, os quais deverão atender aos critérios determinados neste Contrato, impondo-se a atualização formal da relação, sempre que essa vier a sofrer qualquer alteração.

Cláusula 36ª – O **CONTRATADO** compromete-se a manter em seus arquivos Termo de Autorização Responsabilidade, devidamente assinado pelos associados ou seus responsáveis, contendo apresentação do serviço de Internação Domiciliar, regras, obrigações, direitos e deveres de todos os envolvidos, sejam da **CONTRATANTE**, do **CONTRATADO** ou do ASSOCIADO.

Cláusula 37ª – É de responsabilidade do **CONTRATADO** apresentar solicitação à **CONTRATANTE** dos materiais, equipamentos, mobiliários e medicamentos necessários à execução do programa elaborado pela equipe técnica responsável pelo associado em regime de internamento domiciliar. Quando houver necessidade de solicitar materiais, equipamentos e mobiliários fora do horário comercial, o **CONTRATADO** dera encaminhar solicitação diretamente para empresa fornecedora indicada pela **CONTRATANTE**.

Cláusula 38ª – O **CONTRATADO** deverá manter, sob sua responsabilidade, todo recurso de pessoal necessário ao programa de internação domiciliar ou monitoramento, sejam eles médicos ou paramédicos.

Cláusula 39ª – O **CONTRATADO** autoriza, expressamente, pela assinatura deste contrato, a **CONTRATANTE** a divulgar o seu nome, endereço e serviços contratados, em qualquer meio de comunicação dirigido aos associados, especialmente, no Manual de Orientação.

Trasmontano
Saúde

Cláusula 40ª - A **CONTRATANTE** reserva-se o direito de efetuar transferências definitivas ou temporárias de associados que se encontram assistidos pelo **CONTRATADO** para outro prestador. A transferência será comunicada com 48 horas de antecedência.

Cláusula 41ª – Para dirimir qualquer questão oriunda direta ou indiretamente deste Contrato as partes elegem o Foro da Cidade de São Paulo - SP, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou venha a ser.

E por estarem justos e acordados, assinam as partes o presente instrumento de contrato em duas vias de igual teor e forma, perante as testemunhas do ato, que também o subscrevem.

São Paulo, 21 de Abril de 2013.

CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO

STILLU'S PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM LTDA

TESTEMUNHAS

Centro Trasmontano de São Paulo Jurídico

Cuidados paliativos

Pacientes sofrem com sistema sem estrutura

Relatório internacional mostra que Brasil não está entre países em condições de tratar bem pacientes terminais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) constatou que somente uma em cada 10 pessoas doentes em fase terminal tem acesso a cuidados paliativos em todo o mundo. O mapeamento é apresentado no documento "Atlas global de cuidados paliativos no final da vida", desenvolvido em parceria com o Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). O relatório também revela que 20 países possuem adequado sistema de cuidados paliativos e que o Brasil não faz parte desse grupo.

A OMS define tais cuidados como abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares ante doenças que ameacem a continuidade da vida. Dentre os objetivos, está a promoção de assistência multidisciplinar por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável, tratamento da dor e dos demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) e coordenador da Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, Roberto d'Avila alerta que "a câmara técnica está lutando há anos para implantar, nos centros brasileiros, o que é preconizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) para que o Brasil possua um sistema adequado. Contudo, esse objetivo só será alcançado quando o Ministério da Saúde se preocupar com o tema, haja vista não ter dado devida importância a relevância social de ofertar cuidados paliativos à população. Apesar da excelente atuação da ANCP, dos pareceres e resoluções do CFM e dos esforços da câmara técnica, esse cenário depende de vontade política do governo federal para ser alterado".

Estatísticas: apenas uma em cada 10 pessoas recebe cuidados paliativos

De acordo com a ANCP, a OMS desenhou um modelo de intervenção em cuidados paliativos no qual as ações têm início no diagnóstico e desenvolvem-se de forma conjunta com as terapêuticas capazes de alterar o curso da doença. Na fase final da vida, os cuidados paliativos são imperiosos e perduram no período do luto, de forma individualizada.

Reconhecimento

Conselho Federal homenageia Pedro Pablo Chacel

Processo ético-profissional

CFM lanca nova edição do CPEP

1224

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e		Numero da Nota 682 Data e Hora de 14/12/2013 12:55:09
Código Verificação RPS	Número do RPS	Código de Verificação 830479510

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF:	03.912.120/0001-53	Inscrição	142147
Razão Social/Nome:	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA		
Endereço:	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060	Telefone:	(11)4437-1532
Município	SANTO ANDRE	UF:	SP

Dados do Tomador de Serviço

J/CPF:	51.722.957/0001-82	Inscrição	54652
io	Amico Saude Ltda	Email:	stillushomecare@terra.com.br
ereço:	Rua Azevedo Macedo ,132 - Vl Mariana CEP: 04013-060	Telefone:	(11)4437-1532
cípio	SAO PAULO	UF:	SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 11/2013

ação de Serviço em Home Care.

do: 10 e 11/2013.

PROTOCOLO 16/12/13 ASS:

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
26,91	124,20	62,10		41,40

Valor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

4.140,00

lor Líquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
3.802,59	4.140,00	2	82,80	(X) Sim () Não

Opção Simples Nacional

2-Não

1225

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e		Numero da Nota 681 Data e Hora de 14/12/2013 12:45:18
Código Verificação RPS	Número do RPS	Código de Verificação 379535487

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF:	03.912.120/0001-53	Inscrição	142147
Razão Social/Nome:	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA		
Endereço:	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060	Telefone:	(11)4437-1532
Município	SANTO ANDRE	UF:	SP

Dados do Tomador de Serviço

CPF:	29.309.127/0116-18	Inscrição	
	Amil - Assistencia Medica Internacional SA	Email:	stillushomecare@terra.com.br
ço:	Rua Cauaxi ,118 - Alphaville CEP: 06454-020	Telefone:	(11)4437-1532
pio	BARUERI	UF:	SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 11/2013

ão de Serviço em Home Care.

: 10 e 11/2013.

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
78,58	362,70	181,35		120,90

alor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

12.090,00

r Líquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
11.104,67	12.090,00	2	241,80	(X) Sim () Não

Opção Simples Nacional

2-Não

PROTOCOLO
16/12/13
ASS:

1226
1

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Numero da Nota	Data e Hora de	Código de Verificação
680	14/12/2013 12:37:27	922684213

Código Verificação RPS	Número do RPS

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF: 03.912.120/0001-53 — Inscrição 142147
Razão Social/Nome: STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA
Endereço: RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060 — Telefone: (11)4437-1532
Municipio SANTO ANDRE — UF: SP

Dados do Tomador de Serviço

CPF: 29.309.127/0116-18 — Inscrição
Amil - Assistencia Medica Internacional SA — Email: stillushomecare@terra.com.br
ço: Rua Cauaxi ,118 - Alphaville CEP: 06454-020 — Telefone: (11)4437-1532
pio BARUERI — UF: SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 11/2013

ao de Serviços em Home Care.
Saude
10 e 11/2013.

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
163,54	754,80	377,40		251,60

alor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

25.160,00

r Liquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
23.109,46	25.160,00	2	503,20	(X) Sim () Não

Opção Simples Nacional
2-Não

PROTOCOLO
16/12/13
ASS:

1227

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Numero da Nota	Data e Hora de	Código Verificação RPS	Número do RPS	Código de Verificação
679	09/12/2013 18:09:14			974270290

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF: 03.912.120/0001-53 Inscrição 142147
Razão Social/Nome: STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA
Endereço: RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060 Telefone: (11)4437-1532
Município SANTO ANDRE UF: SP

Dados do Tomador de Serviço

F: 47.184.510/0001-20 Inscrição
Maritima Saude Seguros S/A Email: stillushomecare@terra.com.br
Rua Cel Xavier de Toledo 114 , Centro ,114 - Centro CEP: 01048-000 Telefone: (11)3156-1700
SANTO ANDRE UF: SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 11/2013

de Serviço em Home Care.
/11/2013 a 30/11/2013

SAÚDE
MATRIZ

PROTOCOLO
/ /
ASS:

IS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
70,33	324,63	162,32		108,21

das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

10.821,32

quido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
,939,40	10.821,32	2	216,43	(X) Sim () Não

Opção Simples Nacional
2-Não

XML

Sinistro Saúde
10 DEZ 2013
Kelly Oliveira

1228
10

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Numero da Nota	Data e Hora de	Código Verificação RPS	Número do RPS	Código de Verificação
678	09/12/2013 18:04:21			685167695

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF: 03.912.120/0001-53 — Inscrição 142147
Razão Social/Nome: STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA
Endereço: RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060 — Telefone: (11)4437-1532
Município: SANTO ANDRE — UF: SP

Dados do Tomador de Serviço

CPF: 01.685.053/0001-56 — Inscrição
Sul America Companhia de Seguros Saude — Email: evanice.soares@sulamerica.com.br
Endereço: Rua Beatriz Larragoiti Lucas ,121 - Cidade Nova CEP: 20211-903 — Telefone: (11)3779-7695
Município: RIO DE JANEIRO — UF: RJ

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 12/2013

ção de Serviços em Home Care
: 01/11/2013 a 30/11/2013

SULAMERICA/280-NUMEX-10-Dez-2013-12:30-

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
78,65	363,00	181,50		121,00

Valor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

12.100,00

Valor Líquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
11.355,85	12.100,00	2	242,00	( ) Sim (X) Não

Opção Simples Nacional

2-Não

PROTOCOLO
___/___/___
Ass:_____

1229

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e		Numero da Nota 676
		Data e Hora de 04/12/2013 14:24:19
Código Verificação RPS	Número do RPS	Código de Verificação 539974520

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF: 03.912.120/0001-53 — Inscrição 142147
Razão Social/Nome: STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA
Endereço: RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060 — Telefone: (11)4437-1532
Municipio: SANTO ANDRE — UF: SP

Dados do Tomador de Serviço

J/CPF: 01.778.871/0001-01 — Inscrição 109710
ão: OMEGA ASSISTENCIA MEDICA S/C LTDA — Email: stillushomecare@terra.com.br
ereço: Rua Jose Maria Figueiredo ,261 - Vl Figueiredo CEP: 09450-000 — Telefone: (11)4435-3000
icipio: RIO GRANDE DA SERRA — UF: SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 11/2013

açao de Serviço em Home Care.
do: 01/11/2013 a 30/11/2013
edido desconto nf 669
to.: 16/01/2014

OMEGA SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA.
04/12/13
Sercin

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
142,46	657,53	328,76		219,17

Valor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

21.917,73

Valor Liquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
20.569,81	21.917,73	2	438,35	( ) Sim (X) Não

Opção Simples Nacional

2-Não

PROTOCOLO
___/___/___
Ass:_____

1230
10

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e		Numero da Nota 674 Data e Hora de 02/12/2013 11:19:22
Código Verificação RPS	Número do RPS	Código de Verificação 977400255

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF:	03.912.120/0001-53	Inscrição	142147
Razão Social/Nome:	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA		
Endereço:	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060	Telefone:	(11)4437-1532
Municipio	SANTO ANDRE	UF:	SP

Dados do Tomador de Serviço

J/CPF:	59.149.823/0001-26	Inscrição	
ão	Instituto Municipal de Assistencia a Saude do Funcionalismo	Email:	stillushomecare@terra.com.br
ereço:	Dom Luiz ,210 - N Petropolis CEP: 09770-290	Telefone:	(11)3737-7000
icipio	SAO BERNARDO DO CAMPO	UF:	SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 11/2013

açao de Serviço em Home Care.
do: 01/11/2013 a 30/11/2013.

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
		166,60		

Valor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

11.107,20

Valor Liquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
10.940,60	11.107,20	2	222,14	( ) Sim (X) Não

Opção Simples Nacional
2-Não

MUN. ASSIST. À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
2. 2013

PROTOCOLO
___/___/___
ASS:_____

1231
10

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Numero da Nota	Data e Hora de	Código Verificação RPS	Número do RPS	Código de Verificação
673	02/12/2013 11:06:01			825697675

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF: 03.912.120/0001-53
Inscrição: 142147
Razão Social/Nome: STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA
Endereço: RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060
Telefone: (11)4437-1532
Município: SANTO ANDRE
UF: SP

Dados do Tomador de Serviço

J/CPF: 62.638.374/0001-94
Inscrição
o: Centro Trasmontano de Sao Paulo
Email: auditoria.stillus@terra.com.br
ereço: Rua Tabatinguera ,294 - Centro CEP: 01020-903
Telefone: (11)4437-1532
cípio: SAO PAULO
UF: SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 12/2013

ação de Serviço em Home Care.
do: 21/10/2013 a 20/11/2013.

TRASMONTANO SAÚDE
Contas Médicas
Recebido em
02 DEZ 2013
Renato
Sujeito a Conferência

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
311,38	1.437,17	718,58		479,05

Valor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

47.905,74

Valor Líquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
44.959,56	47.905,74	2	958,11	( ) Sim (X) Não

Opção Simples Nacional
2-Não

PROTOCOLO
___/___/___
Ass:_____

1232

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e		Numero da Nota 671 Data e Hora de 02/12/2013 10:34:20
Código Verificação RPS	Número do RPS	Código de Verificação 242044805

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF: 03.912.120/0001-53 — Inscrição 142147
Razão Social/Nome: STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA
Endereço: RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060 — Telefone: (11)4437-1532
Municipio SANTO ANDRE — UF: SP

Dados do Tomador de Serviço

J/CPF: 61.068.342/0001-38 — Inscrição
io PRENSAS SCHULER S/A — Email: sonia@schuler.com.br
reço: AV FAGUNDES DE OLIVEIRA ,1515 - VILA SAO JOSE CEP: 09950-904 — Telefone: (11)4437-1532
icipio DIADEMA — UF: SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 11/2013

açao de Serviço em Home Care.
do: 01/11/2013 a 30/11/2013.
o. 17/12/2013.

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)
199,63	921,39	460,69		307,13

Valor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

30.713,08

alor Liquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
28.824,24	30.713,08	2	614,26	( ) Sim (X) Não

Opção Simples Nacional

2-Não

PROTOCOLO
02/12/2013
Ass:

1233
11

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Numero da Nota	Data e Hora de	Código de Verificação
672	02/12/2013 10:53:31	621816896

Código Verificação RPS	Número do RPS

Dados do Prestador de Serviço

CNPJ/CPF: 03.912.120/0001-53 — Inscrição 142147
Razão Social/Nome: STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA
Endereço: RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060 — Telefone: (11)4437-1532
Município: SANTO ANDRE — UF: SP

Dados do Tomador de Serviço

J/CPF: 60.975.174/0001-00 — Inscrição
ão: Associação de Beneficência e Filantropia São Cristóvão — Email: warley.contasmedicas@saocristovao.com.br
ereço: Rua Terenas ,207 - Mooca CEP: 03128-010 — Telefone: (11)2029-7343
icípio: SAO PAULO — UF: SP

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Discriminação dos Serviços

Ref. Competência 11/2013

açao de Serviços em Home Care.
do: Novembro/2013.
R$ 499,50
= R$ 333,00
INS = R$ 999,00
= R$ 216,45

S. Cristóvão PLANOS DE SAÚDE / Contas Médicas
Recebido por:
Em: 02/12/13
Horário: ____h____
Sujeito à conferência

Alterar Endereço.

PIS (R$)	COFINS (R$)	IR (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)

Valor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Valor Total da Nota

33.300,00

Valor Líquido da Nota	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS a Reter
33.300,00	33.300,00	2	666,00	( ) Sim (X) Não

Opção Simples Nacional
2-Não

PROTOCOLO
___/___/___
Ass:_____

1234

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 697

Data e Hora da Emissão	14/01/2014 17:13:17	Competência	12/2013	Código de Verificação	406506038
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador da Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	Amil - Assistencia Medica Internacional SA				
CNPJ/CPF	29.309.127/0116-18	Inscrição Municipal		Município	BARUERI - SP
Endereço e CEP	Rua Cauaxi ,118 - Alphaville CEP: 06454-020				
Complemento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care.
AMIL
Período: 01 a 31/12/2013.

PROTOCOLO
15/01/2014
Ass: Telma Porto

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	285,22	COFINS (R$)	1.316,40	IR (R$)	658,20	INSS (R$)		CSLL (R$)	438,80

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	43.880,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	43.880,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	2.698,62	0-Nenhum	Base de Cálculo	43.880,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	41.181,38	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	877,60

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1235

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
696

Data e Hora da Emissão	14/01/2014 17:04:25	Competência	12/2013	Código de Verificação	007789516
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	Amil - Assistencia Medica Internacional SA				
CNPJ/CPF	29.309.127/0116-18	Inscrição Municipal		Município	BARUERI - SP
Endereço e CEP	Rua Cauaxi ,118 - Alphaville CEP: 06454-020				
Complemento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care.
Medial Saude
Período: 01 a 31/12/2013.

PROTOCOLO
15 / 01 / 2014
Ass: Elma Ponto

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	335,46	COFINS (R$)	1.548,30	IR (R$)	774,15	INSS (R$)		CSLL (R$)	516,10

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	51.610,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	51.610,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	3.174,01	0-Nenhum	Base de Cálculo	51.610,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	48.435,99	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	1.032,20

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1236

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
695

...ta e Hora da Emissão	14/01/2014 16:54:07	Competência	12/2013	Código de Verificação	241372027
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local de Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

...o Social/Nome	Amico Saude Ltda				
...J/CPF	51.722.957/0001-82	Inscrição Municipal	54052	Município	SAO PAULO - SP
...ereço e CEP	Rua Azevedo Macedo ,132 - Vl Mariana CEP: 04013-060				
...plemento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

...staçao de Serviço em Home Care.

...odo: 01 a 31/12/2013

PROTOCOLO
15 / 01 / 2014
ASS: Jhm Pinto

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	47,64	COFINS (R$)	219,90	IR (R$)	109,95	INSS (R$)		CSLL (R$)	73,30

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
...alor do Serviço R$	7.330,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	7.330,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	450,79	0-Nenhum	Base de Cálculo	7.330,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	6.879,21	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	146,60

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1237
9

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
694

ata e Hora da Emissão	13/01/2014 13:37:44	Competência	12/2013	Código de Verificação	623446124
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	RIO DE JANEIRO - RJ

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

ão Social/Nome	Sul America Companhia de Seguros Saude				
J/CPF	01.685.053/0001-56	Inscrição Municipal		Município	RIO DE JANEIRO - RJ
ereço e CEP	Rua Beatriz Larragoiti Lucas ,121 - Cidade Nova CEP: 20211-903				
plemento		Telefone	(11)3779-7695	e-mail	evanice.soares@sulamerica.com.br

Discriminação do Serviço

stação de Serviço em Home Care.
iodo: 01/12/2013 a 31/12/2013.

PROTOCOLO
___/___/___
ASS: _____

SULAMERICA/SEDI-NUREX-14-01-2014-14:06-2000

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	81,21	COFINS (R$)	374,82	IR (R$)	187,41	INSS (R$)		CSLL (R$)	124,94

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
alor do Serviço R$	12.494,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	12.494,00
-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
-) Retenções Federais	768,38	0-Nenhum	Base de Cálculo	12.494,00
-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	11.725,62	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	249,88

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1238

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 692

Data e Hora da Emissão	07/01/2014 12:17:41	Competência	12/2013	Código de Verificação	803421319
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	Maritima Saude Seguros S/A				
CNPJ/CPF	47.184.510/0001-20	Inscrição Municipal		Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	Rua Cel Xavier de Toledo 114 , Centro ,114 - Centro CEP: 01048-000				
Complemento		Telefone	(11)3156-1700	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care.
Período: 01/12/2013 a 31/12/2013.

MARITIMA SAUDE SEGUROS S/A
Processo Sujeito Conferência
08 JAN. 2014
RECEBIDO

PROTOCOLO
ASS: / /

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	70,02	COFINS (R$)	313,55	IR (R$)	156,77	INSS (R$)		CSLL (R$)	104,51

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	10.451,68	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	10.451,68
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	644,85	0-Nenhum	Base de Cálculo	10.451,68
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	9.806,83	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	209,03

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1239

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 687

Data e Hora da Emissão	06/01/2014 12:20:50	Competência	12/2013	Código de Verificação	991879297
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTO ANDRE - SP

Prestador do Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador do Serviço

Razão Social/Nome	Centro Trasmontano de Sao Paulo				
CNPJ/CPF	62.638.374/0012-47	Inscrição Municipal		Município	SAO PAULO - SP
Endereço e CEP	Rua da Consolaçao ,1025 - Centro CEP: 01301-000				
Complemento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	credenciamento04@trasmontando.com.br

Discriminação do Serviço

Prestaçao de Serviço em Home Care.
Período: 21/11/2013 a 20/12/2013.

TRASMONTANO SAÚDE
Contas Médicas
Recebido em
06 JAN 2014
Renato
Sujeito a Conferência

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	208,98	COFINS (R$)	964,56	IR (R$)	482,28	INSS (R$)		CSLL (R$)	321,52

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	32.152,09	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	32.152,09
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	1.977,34	0-Nenhum	Base de Cálculo	32.152,09
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	30.174,75	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	643,04

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfos.com.br com a utilização do Código de Verificação.

PROTOCOLO
___/___/___
Ass:_____

1240

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 686

a e Hora da Emissão	01/01/2014 17:54:39	Competência	12/2013	Código de Verificação	146937874
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO BERNARDO DO CAMPO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Social/Nome	Instituto Municipal de Assistencia a Saude do Funcionalismo				
CPF	59.149.823/0001-26	Inscrição Municipal		Município	SAO BERNARDO DO CAMPO - SP
reço e CEP	Dom Luiz ,210 - N Petropolis CEP: 09770-290				
lemento		Telefone	(11)3737-7000	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

laçao de Serviço em Home Care.
ido: 01/12/2013 A 31/12/2013

INST. MUN. ASSIST. A SAÚDE DO FUNCIONALISMO

PROTOCOLO
04/01/14
ASS:

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)		COFINS (R$)		IR (R$)	172,16	INSS (R$)		CSLL (R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
alor do Serviço R$	11.477,44	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	11.477,44
) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
) Retenções Federais	172,16	0-Nenhum	Base de Cálculo	11.477,44
) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
=) Valor Líquido R$	11.305,28	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	229,55

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no sito, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1241

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 685

Data e Hora da Emissão	01/01/2014 17:44:33	Competência	12/2013	Código de Verificação	987682264
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SANTO ANDRE - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Sócial/Nome	Associação de Beneficência e Filantropia São Cristóvão				
CPF	60.975.174/0001-00	Inscrição Municipal		Município	SAO PAULO - SP
Endereço e CEP	Rua Americo Ventura ,123 - Mooca CEP: 03128-010				
Complemento		Telefone	(11)2029-7343	e-mail	warley.contasmedicas@saocristovao.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care.
Período: Dezembro/2013
INSS R$ 196,82
ISSQN = R$ 908,40
IRRF R$ 454,20
CSLL= R$ 302,80

03 06 14

PROTOCOLO
/ /
ASS:

Subtítulo a conferir

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)		COFINS (R$)		IR (R$)		INSS (R$)		CSLL (R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
(=) Valor do Serviço R$	30.280,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	30.280,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	30.280,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	30.280,00	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	605,60

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1242

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
684

e Hora da Emissão	01/01/2014 17:27:56	Competência	12/2013	Código de Verificação	815785183
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	DIADEMA - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Social/Nome	PRENSAS SCHULER S/A				
CPF	61.068.342/0001-38	Inscrição Municipal		Município	DIADEMA - SP
ço e CEP	AV FAGUNDES DE OLIVEIRA ,1515 - VILA SAO JOSE CEP: 09950-904				
emento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	sonia@schuler.com.br

Discriminação do Serviço

laçao de Serviço em Home Care.
ndo: 01/12/2013 a 31/12/2013.
to: 17/01/2013.

PROTOCOLO
02/01/2014
ASS: Fabiana

Código do Serviço / Atividade

4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	157,07	COFINS (R$)	724,95	IR (R$)	362,47	INSS (R$)		CSLL (R$)	241,65

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	24.165,13	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	24.165,13
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	1.486,14	0-Nenhum	Base de Cálculo	24.165,13
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	22.678,99	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	483,30

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Serieu /2014

1272
1243

: SANTO ANDRÉ ANÇAS : SERVIÇO - NFS-e	Número da NFS-e 713

	Código de Verificação	099980141	
	Local da Prestação	SAO PAULO - SP	
	Município	SANTO ANDRE - SP	
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone (11)4437-1532	e-mail STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

l/Nome	Amil - Assistencia Medica Internacional SA				
	29.309.127/0116-18	Inscrição Municipal		Município	BARUERI - SP
CEP	Rua Cauaxi ,118 - Alphaville CEP: 06454-020				
nto		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

o de Serviço em Home Care.
01/01/2014 a 31/01/2014.
SAUDE

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

(R$)	354,25	COFINS (R$)	1.635,00	IR (R$)	817,50	INSS (R$)		CSLL (R$)	545,00

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
o Serviço R$	54.500,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	54.500,00
conto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
conto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
enções Federais	3.351,75	0-Nenhum	Base de Cálculo	54.500,00
ras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
QN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
lor Líquido R$	51.148,25	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	1.090,00

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

isos

PROTOCOLO
21/02/14
Ass:

1272
1244

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
712

Hora da Emissão	11/02/2014 15:46:32	Competência	1/2014	Código de Verificação	420011332
Número do RPS		Nº da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	Amil - Assistencia Medica Internacional SA				
CNPJ/CPF	29.309.127/0116-18	Inscrição Municipal		Município	BARUERI - SP
Endereço e CEP	Rua Cauaxi ,118 - Alphaville CEP: 06454-020				
Complemento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care.
Período: 01/01/2014 a 31/01/2014.

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	335,07	COFINS (R$)	1.546,50	IR (R$)	773,25	INSS (R$)		CSLL (R$)	515,50

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	51.550,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	51.550,00
Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
Retenções Federais	3.170,32	0-Nenhum	Base de Cálculo	51.550,00
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
Valor Líquido R$	48.379,68	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	1.031,00

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

PROTOCOLO
12/02/14
Ass:

1272
1245

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
711

Data e Hora da Emissão	07/02/2014 16:47:42	Competência	1/2014	Código de Verificação	618559027
Número do RPS		No. da NFS-e Substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador do Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador do Serviço

Razão Social/Nome	Sul America Companhia de Seguros Saude				
CNPJ/CPF	01.685.053/0001-56	Inscrição Municipal		Município	RIO DE JANEIRO - RJ
Endereço e CEP	Rua Beatriz Larragoiti Lucas ,121 - Cidade Nova CEP: 20211-903				
Complemento		Telefone	(11)3779-7695	e-mail	evanice.soares@sulamerica.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço de Home Care.
Período: 01/01/2014 a 31/01/2014

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	81,43	COFINS (R$)	375,87	IR (R$)	187,93	INSS (R$)		CSLL (R$)	125,29

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	12.529,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	12.529,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	770,52	0-Nenhum	Base de Cálculo	12.529,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	11.758,48	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	250,58

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

SULAMERICA/280-NLMEX-10-Fev-2014-10:03-204210-2/2

PROTOCOLO
___/___/___
Ass:_____

1272
1246

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 710

Data e Hora da Emissão	07/02/2014 15:37:04	Competência	12/2013	Código de Verificação	842455248
Número do RPS		Nº da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA.				
CNPJ/CPF	00.461.479/0001-63	Inscrição Municipal		Município	SAO PAULO - SP
Endereço e CEP	RUA LOURENÇO MARQUES ,158 - VL OLIMPIA CEP: 04547-100				
Complemento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care.
Período: 21/12/2013 a 20/01/2013

PREVENT SENIOR
CNPJ:00.461.479/0001-63
Contas Médicas
Data: 11, 2, 14
Recebido por:

PROTOCOLO
/ /
ASS:

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 8650-00100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	141,71	COFINS (R$)	654,08	IR (R$)	327,04	INSS (R$)		CSLL (R$)	218,02

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço - R$	21.802,69	Natureza Operação	Valor do Serviço - R$	21.802,69
Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
Retenções Federais	1.340,85	0-Nenhum	Base de Cálculo	21.802,69
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota - %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido - R$	20.461,84	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN - R$	436,05

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no sito, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1272
1247

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
708

Hora da Emissão	05/02/2014 16:52:57	Competência	1/2014	Código de Verificação	671496951
Número do RPS		Nº. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Social/Nome	Maritima Saude Seguros S/A				
PF	47.184.510/0001-20	Inscrição Municipal		Município	SANTO ANDRE - SP
o e CEP	Rua Cel Xavier de Toledo 114 , Centro ,114 - Centro CEP: 01048-000				
mento		Telefone	(11)3156-1700	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

ção de Serviço em Home Care.
o.: 01/01/2014 a 31/01/2014

MARITIMA SAUDE SEGUROS S/A
Processo Sujeito Conferência
06 FEV. 2014
RECEBIDO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	71,39	COFINS (R$)	329,50	IR (R$)	164,75	INSS (R$)		CSLL (R$)	109,83

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
r do Serviço - R$	10.983,36	Natureza Operação	Valor do Serviço - R$	10.983,36
esconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
esconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
etenções Federais	675,47	0-Nenhum	Base de Cálculo	10.983,36
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota - %	2,00
SSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
Valor Líquido - R$	10.307,89	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN - R$	219,67

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

PROTOCOLO
___/___/___
Ass:_____

1272

1248

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 699

Hora da Emissão	02/02/2014 19:30:23	Competência	1/2014	Código de Verificação	379823666
Número do RPS		Nº da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	Associação de Beneficência e Filantropia São Cristóvão				
CNPJ/CPF	60.975.174/0001-00	Inscrição Municipal		Município	SAO PAULO - SP
Endereço e CEP	Rua Americo Ventura ,123 - Mooca CEP: 03128-010				
Complemento		Telefone	(11)2029-7343	e-mail	warley.contasmedicas@saocristovao.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviços em Home Care.
Janeiro/2014
R$ 101,40
R$ 468,00
R$ 234,00
R$ 156,00

Em: 03/02/14

PROTOCOLO
Ass: ___/___/___

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)		COFINS (R$)		IR (R$)		INSS (R$)		CSLL (R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço - R$	15.600,00	Natureza Operação	Valor do Serviço - R$	15.600,00
Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	15.600,00
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
Valor Líquido - R$	15.600,00	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN - R$	312,00

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1272
1249

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 700

Hora da Emissão	02/02/2014 19:36:23	Competência	1/2014	Código de Verificação	970296838
Número do RPS		No. de NFS-e substituída		Local da Prestação	RIO GRANDE DA SERRA - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Social/Nome	OMEGA ASSISTENCIA MEDICA S/C LTDA				
PF	01.778.871/0001-01	Inscrição Municipal	109710	Município	RIO GRANDE DA SERRA - SP
o e CEP	Rua Jose Maria Figueiredo ,261 - Vl Figueiredo CEP: 09450-000				
mento		Telefone	(11)4435-3000	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

ção de Serviço em Home Care.
o: 01/01/2014 a 31/01/2014
dido desconto n. 690
: 16/03/2014

PROTOCOLO
Ass:

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	109,67	COFINS (R$)	506,17	IR (R$)	253,08	INSS (R$)		CSLL (R$)	168,72

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
lor do Serviço R$	16.872,32	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	16.872,32
Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
) Retenções Federais	1.037,64	0-Nenhum	Base de Cálculo	16.872,32
) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
=) Valor Líquido R$	15.834,68	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	337,45

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1272

1250

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
701

Hora da Emissão	02/02/2014 19:53:21	Competência	2/2014	Código de Verificação	187571782
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	RIO GRANDE DA SERRA - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	OMEGA ASSISTENCIA MEDICA S/C LTDA				
CNPJ/CPF	01.778.871/0001-01	Inscrição Municipal	109710	Município	RIO GRANDE DA SERRA - SP
Endereço e CEP	Rua Jose Maria Figueiredo ,261 - Vl Figueiredo CEP: 09450-000				
Complemento		Telefone	(11)4435-3000	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care
Pagamento ref a Fevereiro/2014
Data: 16/04/2014

PROTOCOLO
DATA:
ASS:

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	260,00	COFINS (R$)	1.200,00	IR (R$)	600,00	INSS (R$)		CSLL (R$)	400,00

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	40.000,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	40.000,00
Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
Retenções Federais	2.460,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	40.000,00
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
Valor Líquido R$	37.540,00	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	800,00

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

P/ 16/04 = ≠ 40.000,00 ± 60.000,00

272

125/11

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 704

Hora da Emissão	03/02/2014 10:32:32	Competência	3/2014	Código de Verificação	872228730
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	RIO GRANDE DA SERRA - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	OMEGA ASSISTENCIA MEDICA S/C LTDA				
CNPJ/CPF	01.778.871/0001-01	Inscrição Municipal	109710	Município	RIO GRANDE DA SERRA - SP
Endereço e CEP	Rua Jose Maria Figueiredo ,261 - Vl Figueiredo CEP: 09450-000				
Complemento		Telefone	(11)4435-3000	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care.
Pagamento ref a Março/2014
16/05/2014

PRU
Ass:

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	520,00	COFINS (R$)	2.400,00	IR (R$)	1.200,00	INSS (R$)		CSLL (R$)	800,00

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	80.000,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	80.000,00
Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
Retenções Federais	4.920,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	80.000,00
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
Valor Líquido R$	75.080,00	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	1.600,00

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

P/ 16/05 = 00.000,00 (NADA)

P/ 15/05 = adiantamento 80.000,00

1272
1252

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e: 706

Hora da Emissão	03/02/2014 10:51:14	Competência	1/2014	Código de Verificação	283351484
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO BERNARDO DO CAMPO - SP

Prestador do Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador do Serviço

Razão Social/Nome	Instituto Municipal de Assistencia a Saude do Funcionalismo				
CNPJ/CPF	59.149.823/0001-26	Inscrição Municipal		Município	SAO BERNARDO DO CAMPO - SP
Endereço e CEP	Dom Luiz ,210 - N Petropolis CEP: 09770-290				
Complemento		Telefone	(11)3737-7000	e-mail	stillushomecare@terra.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care
Período: 01/01/2014 a 31/01/2014

PROTOCOLO
03/02/14
ASS:

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)		COFINS (R$)		IR (R$)	172,16	INSS (R$)		CSLL (R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço - R$	11.477,44	Natureza Operação	Valor do Serviço - R$	11.477,44
Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
Retenções Federais	172,16	0-Nenhum	Base de Cálculo	11.477,44
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota - %	2,00
ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
Valor Líquido - R$	11.305,28	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN - R$	229,55

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1253

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
707

Data e Hora da Emissão	03/02/2014 11:04:59	Competência	1/2014	Código de Verificação	360239681
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO PAULO - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-000				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	Centro Trasmontano de Sao Paulo				
CPF/CNPJ	62.638.374/0012-47	Inscrição Municipal		Município	SAO PAULO - SP
Endereço e CEP	Rua da Consolaçao ,1025 - Centro CEP: 01301-000				
Complemento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	credenciamento04@trasmontando.com.br

Discriminação do Serviço

Prestação de Serviço em Home Care
Período: 21/12/2013 a 20/01/2914.

TRASMONTANO SAUDE
Contas Médicas
Recebido em
03 FEV 2014
Sujeito a Conferência

PROTOCOLO
___/___/___
ASS:

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	192,29	COFINS (R$)	887,53	IR (R$)	443,76	INSS (R$)		CSLL (R$)	295,84

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	29.584,56	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	29.584,56
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	1.819,42	0-Nenhum	Base de Cálculo	29.584,56
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	27.765,14	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	591,69

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

1272

1254

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
705

Data da Emissão	03/02/2014 10:44:50	Competência	1/2014	Código de Verificação	707311794
Número do RPS		Nº da NFS-e substituída		Local da Prestação	DIADEMA - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	STILLUS PREST SERV ENFERMAGEM S/C LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	03.912.120/0001-53	Inscrição Municipal	142147	Município	SANTO ANDRE - SP
Endereço e CEP	RUA DAS GOIABEIRAS ,559 - JARDIM CEP: 09090-060				
Complemento	ESQ RUA DAS CEREJEIRAS	Telefone	(11)4437-1532	e-mail	STILLUSHOMECARE@TERRA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	PRENSAS SCHULER S/A				
CNPJ/CPF	61.068.342/0001-38	Inscrição Municipal		Município	DIADEMA - SP
Endereço e CEP	AV FAGUNDES DE OLIVEIRA ,1515 - VILA SAO JOSE CEP: 09950-904				
Complemento		Telefone	(11)4437-1532	e-mail	sonia@schuler.com.br

Discriminação do Serviço

Serviço de Serviço em Home Care
01/01/2014 a 312/2014
18/02/2014

PROTOCOLO
03/02/2014
ASS:
PRENSAS SCHULER S/A

Item da Lista de Serviços da LC nº 116 / Lei Municipal / Atividade

4.06 / 4.06 / 865000100 - ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	154,28	COFINS (R$)	712,06	IR (R$)	356,03	INSS (R$)		CSLL (R$)	237,35

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço - R$	23.735,43	Natureza Operação	Valor do Serviço - R$	23.735,43
Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
Retenções Federais	1.459,72	0-Nenhum	Base de Cálculo	23.735,43
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
Valor Líquido - R$	22.275,71	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN - R$	474,71

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://santoandre.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.