



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL**  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro  
CEP: 14180-000 - Pontal/SP  
Fone: (16) 3953-9100

**ANEXO RP 12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR**  
**DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - CONVÊNIO Nº 002/2022**

**ORGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:** PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAL  
**CONVENIADA:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL  
**CNPJ:** 55.110.753/0001-41  
**ENDEREÇO:** RUA: ANANIAS COSTA FREITAS, Nº 753 - CENTRO - 14180-000  
**RESPONSÁVEL PELA CONVENIADA:** JOÃO HENRIQUE DIAS PEDRO  
**CPF:** 289.964.588-99  
**OBJETO:** PRONTO ATENDIMENTO  
**EXERCÍCIO:** 01/02/2024 até 29/02/2024 (989-0)  
**ORIGEM DO RECURSO :** FEDERAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Convênio nº 002/2022 - PONTAL	01/01/2022	30/06/2022	R\$ 2.140.099,08
Aditamento nº 001/2022	01/07/2022	31/08/2022	R\$ 755.273,06
Aditamento nº 002/2022	01/09/2022	31/12/2022	R\$ 1.466.466,10
Aditamento nº 003/2023	01/01/2023	31/03/2023	R\$ 1.099.834,56
Aditamento nº 004/2023	01/04/2023	31/12/2023	R\$ 3.523.557,42
Aditamento nº 005/2024	01/01/2024	31/03/2024	R\$ 1.174.519,14

**DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO**

DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
10/02/2024	R\$ 216.596,38	07/02/2024	000001	R\$ 216.596,38
20/02/2024	R\$ 148.492,97	22/02/2024	000001	R\$ 148.492,97
10/03/2024	R\$ 216.596,38	29/02/2024	000001	R\$ 216.596,38
				<b>R\$ 581.685,73</b>

(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR	
(B) REPASSE PÚBLICO NO EXERCÍCIO	R\$ 581.685,73
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS	R\$ 524.076,43
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)	
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)	R\$ 1.105.762,16
	R\$ -
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)	<b>R\$ 1.105.762,16</b>

(1) Verbas: Federal, Estadual ou Municipal, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.

(2) Incluir valores previstos no exercício anterior e repassado neste exercício.

(3) Receitas com estacionamento, aluguéis, entre outra.



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL**  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro  
CEP: 14180-000 - Pontal/SP  
Fone: (16) 3953-9100

O(s) signatário (s), na qualidade de representante(s) da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL, na forma abaixo

detalhada, as despesas incorridas e pagas MAIO/2023 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS : FEDERAL					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (J=H+I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE (R\$)
Recursos Humanos Salários (5)	R\$ 95.035,04		R\$ 95.035,04	R\$ 95.035,04	
Recursos Humanos Férias(6)	R\$ 18.086,95		R\$ 18.086,95	R\$ 18.086,95	
Medicamentos	R\$ 15.847,56		R\$ 15.847,56	R\$ 15.847,56	
Material Hospitalar	R\$ 15.543,05		R\$ 15.543,05	R\$ 15.543,05	
Gênero Alimentícios					
Insumos	R\$ 6.753,62		R\$ 6.753,62	R\$ 6.753,62	
Produtos Limp./Lavanderia					
Serviços Médicos	R\$ 136.873,16		R\$ 136.873,16	R\$ 136.873,16	
Impostos	R\$ 56.897,53		R\$ 56.897,53	R\$ 56.897,53	
Serviços de Terceiros	R\$ 2.300,00		R\$ 2.300,00	R\$ 2.300,00	
Locações diversas					
Utilidades Públicas (7)					
Combustível					
Bens e matérias permanentes					
Obras					
Despesas Bancárias	R\$ 112,90		R\$ 112,90	R\$ 112,90	
Outras Despesas					
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 347.449,81</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 347.449,81</b>	<b>R\$ 347.449,81</b>	<b>R\$ -</b>

(4) Verba: Federal, Estadual e Recursos Próprios, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso

(5) Salários, encargos e benefícios.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

(6) Autônomo e pessoa jurídica.

(7) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet

(8) No rol exemplificativo incluir também as aquisições e os compromissos assumidos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá se indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(\*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO		
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO	R\$	1.105.762,16
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R\$	347.449,81
(K) RECURSOS PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]	R\$	559.803,92
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO		
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	R\$	559.803,92

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Conveniente.

  
JOÃO HENRIQUE DIAS PEDRO  
Interventor

Pontal, 15 de março de 2024



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

REPASSE AO TERCEIRO SETOR  
RELAÇÃO DE GASTOS

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAL  
CONTRATADO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
ENDEREÇO E CEP: RUA: ANANIAS COSTA FREITAS - CENTRO - Nº 753- 14.180-000 - PONTAL - SP  
RESPONSÁVEL PELA ORG. SOCIAL: JOÃO HENRIQUE DIAS PEDRO  
CPF: 289.964.588-99  
OBJETO DO CONVÊNIO: PRONTO ATENDIMENTO  
EXERCÍCIO: 01/02/2024 até 29/02/2024 (989-0)

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR
TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022- PONTAL	01/01/2022	30/06/2022	R\$ 2.140.099,08
ADITAMENTO Nº 001/2022	01/07/2022	31/08/2022	R\$ 755.273,06
ADITAMENTO Nº 002/2022	01/09/2022	31/12/2022	R\$ 1.466.466,10
ADITAMENTO Nº 003/2023	01/01/2023	31/03/2023	R\$ 1.099.834,56
ADITAMENTO Nº 004/2023	01/04/2023	31/12/2023	R\$ 3.523.557,42
ADITAMENTO Nº 005/2024	01/01/2024	31/03/2024	R\$ 1.174.519,14

DATA DO DOCUMENTO	ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL	FORNECEDOR/PRESTADOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE	VALOR (BRUTO)	DESCONTOS	VALOR (LÍQUIDO)	Nº CH ou DOC. DÉBITO	DATA DA COMPENSAÇÃO
<b>RECURSOS HUMANOS</b>								
31/01/2024	SALÁRIOS	GABRIEL ARTHUR DA SILVA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 6.318,80	R\$ 3.291,60	R\$ 3.027,20	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JOSE DOS SANTOS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 7.790,99	R\$ 4.790,15	R\$ 3.000,84	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	MARCO AURELIO DE SOUZA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 6.462,13	R\$ 3.319,78	R\$ 3.142,35	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	MARIA MICHELA DOS SANTOS SILVA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 7.601,43	R\$ 5.242,59	R\$ 2.358,84	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	MATHEUS GABRIEL RUBIN	RECURSOS HUMANOS	R\$ 6.616,18	R\$ 3.671,19	R\$ 2.944,99	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	RENATA ROSA SANTA FE SEVERINO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 9.158,48	R\$ 8.848,98	R\$ 309,50	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	ROSELI ELIAS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.946,89	R\$ 737,90	R\$ 2.208,99	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 6.576,06	R\$ 5.795,53	R\$ 780,53	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	ANDRESSA CAMILA CASSARO DOS SANTOS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 6.147,28	R\$ 6.117,27	R\$ 30,01	61350	06/02/2024



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro  
CEP: 14180-000 - Pontal/SP  
Fone: (16) 3953-9100

31/01/2024	SALÁRIOS	BIANCA VIEIRA CANJERANO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.452,68	R\$ 780,89	R\$ 2.671,79	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	DANIELA COELHO DOS SANTOS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 5.561,82	R\$ 1.146,29	R\$ 4.415,53	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	ELIZANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.977,36	R\$ 599,73	R\$ 3.377,63	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	FERNANDA ALVES MARTINS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 4.226,25	R\$ 4.136,27	R\$ 89,98	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	FERNANDA APARECIDA TEIXEIRA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.112,85	R\$ 520,34	R\$ 2.592,51	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	FRATIANE FERREIRA LOPES	RECURSOS HUMANOS	R\$ 4.505,20	R\$ 1.575,97	R\$ 2.929,23	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	GIANI MARIA LUCERA MOTA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 4.094,50	R\$ 4.094,50	R\$ -	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	GILDETE AMADOR DE SOUZA NEVES	RECURSOS HUMANOS	R\$ 5.162,39	R\$ 1.843,80	R\$ 3.318,59	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	GISLAINE APARECIDA CACHEIROS LINS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.112,85	R\$ 494,10	R\$ 2.618,75	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	GLENIA GUADALUPE DA SILVA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.802,62	R\$ 555,70	R\$ 3.246,92	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	GRAZIELA APARECIDA CORNELIO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.839,17	R\$ 654,23	R\$ 3.184,94	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JESSICA CAROLINE DA SILVA COSTA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.218,77	R\$ 974,08	R\$ 2.244,69	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JOAO CARLOS DA ROCHA SILVA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 4.610,93	R\$ 4.430,91	R\$ 180,02	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JOSIANE FERREIRA DOS REIS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.903,03	R\$ 700,94	R\$ 3.202,09	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JOSIANE SEBASTIANA MIRONGA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 4.180,11	R\$ 1.263,21	R\$ 2.916,90	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	MARCIO GLEIZER DE SOUZA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 5.050,75	R\$ 860,27	R\$ 4.190,48	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	NAYARA LAIS RAPOSO DOS SANTOS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 5.097,76	R\$ 1.609,14	R\$ 3.488,62	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	SILVANA ALVES MARTINS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 6.086,94	R\$ 2.006,71	R\$ 4.080,23	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	CESAR AUGUSTO MACHADO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.431,24	R\$ 667,35	R\$ 1.763,89	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	FLAVIANA REGINA NEGRAO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.778,26	R\$ 682,34	R\$ 1.095,92	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	GABRIELLE LIMA FEITEIRO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.139,17	R\$ 271,44	R\$ 1.867,73	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	GUILHERME DE SOUZA FONSECA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.585,07	R\$ 1.770,26	R\$ 814,81	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	INGRID MILENA RODRIGUES DE OLIVEIRA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.749,62	R\$ 236,38	R\$ 1.513,24	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JANEA PAULA AMORIM SANTANA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.808,20	R\$ 241,65	R\$ 1.566,55	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JESSICA MARIANA MACEDO ALMEIDA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.126,82	R\$ 301,22	R\$ 1.825,60	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JOSE CLAUDIO DE ANDRADE	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.902,60	R\$ 1.902,60	R\$ -	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	JULIANA RODRIGUES FREIRES	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.944,61	R\$ 1.071,07	R\$ 873,54	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	KIVIA BOMBO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.749,62	R\$ 236,38	R\$ 1.513,24	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	LISLAINE CARLA MOREIRA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.257,77	R\$ 731,98	R\$ 1.525,79	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	MELINE RODRIGUES CAMBREA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.818,24	R\$ 273,45	R\$ 1.544,79	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	NATALIA APARECIDA MOREIRA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.721,57	R\$ 3.721,57	R\$ -	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	NATHALIA HELENA DOS SANTOS BIM	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.928,53	R\$ 270,20	R\$ 1.658,33	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	PAULO ROBERTO DE ANDRADE	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.465,40	R\$ 600,73	R\$ 1.864,67	61350	06/02/2024
31/01/2024	SALÁRIOS	SUSAN MARA DA CRUZ PORTO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.539,24	R\$ 530,86	R\$ 2.008,38	61350	06/02/2024
31/01/2024	SERMED ODONTO	RODRIGUES LEIRA ODONTOLOGIA	RECURSOS HUMANOS	R\$ 432,46	R\$ -	R\$ 432,46	81414	08/02/2024
31/01/2024	EMP CONSIG	SICREDI PARQUE DAS ARAUCARIAS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 322,63	R\$ -	R\$ 322,63	81413	08/02/2024
31/01/2024	SIND PARCIAL	FOLHA DE PAGAMENTO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 210,00	R\$ -	R\$ 210,00	81414	08/02/2024
31/01/2024	SEG VIDA	FOLHA DE PAGAMENTO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 225,18	R\$ -	R\$ 225,18	81414	08/02/2024

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL**

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

31/01/2024	SERMED SAÚDE JESSICA	FOLHA DE PAGAMENTO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 964,17	R\$ -	R\$ 964,17	81413	08/02/2024
09/02/2024	CAROLINA DA S COSTA	RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS	R\$ 4.892,27	R\$ -	R\$ 4.892,27	91002	09/02/2024
29/02/2024	MATHEUS GABRIEL RUBIN	FÉRIAS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 7.315,00	R\$ -	R\$ 7.315,00	291314	29/02/2024
29/02/2024	ELIZANGELA F DO NASCIMENTO	FÉRIAS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 3.985,74	R\$ -	R\$ 3.985,74	291314	29/02/2024
29/02/2024	GABRIELLE LIMA FEITEIRO	FÉRIAS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.061,58	R\$ -	R\$ 1.061,58	291314	29/02/2024
29/02/2024	INGRID MILENA R DE OLI	FÉRIAS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 707,07	R\$ -	R\$ 707,07	291314	29/02/2024
29/02/2024	JESSICA MARIANA M ALMEIDA	FÉRIAS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.280,64	R\$ -	R\$ 2.280,64	291314	29/02/2024
29/02/2024	SUSAN MAR DA C PORTO	FÉRIAS	RECURSOS HUMANOS	R\$ 2.736,62	R\$ -	R\$ 2.736,62	291314	29/02/2024
						<b>R\$ 113.121,99</b>		
<b>MEDICAMENTOS</b>								
08/01/2024	454157	HDL LOGISTICA HOSP LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 550,00	R\$ -	R\$ 550,00	39082573	08/02/2024
23/01/2024	6682	DROGAL FARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 164,54	R\$ -	R\$ 164,54	123135	08/02/2024
16/01/2024	522330	MED CENTER COM LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 678,12	R\$ -	R\$ 678,12	39082292	08/02/2024
08/01/2024	1814161	COM CIRURG RIOCLARENSE LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 2.265,31	R\$ -	R\$ 2.265,31	111930	08/02/2024
09/01/2024	521291	MED CENTER COM LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 2.888,15	R\$ -	R\$ 2.888,15	39082732	08/02/2024
22/01/2024	523394	MED CENTER COM LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 1.995,70	R\$ -	R\$ 1.995,70	39081912	08/02/2024
23/01/2024	159518	CIRURG RIB PRETO LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 523,24	R\$ -	R\$ 523,24	39081725	08/02/2024
22/01/2024	456390	HDL LOGISTICA HOSP LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 1.560,00	R\$ -	R\$ 1.560,00	39084782	08/02/2024
04/01/2024	1201	LIDERAMED PROD PARA SAUDE LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 4.160,00	R\$ -	R\$ 4.160,00	39082897	08/02/2024

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL**

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

16/01/2024	110608	ATIVA COM HOSP LTDA	MEDICAMENTOS	R\$ 1.062.50	R\$ -	R\$ 1.062.50	39082086	08/02/2024
						R\$ 15.847,56		
<b>SERVIÇOS MÉDICOS</b>								
15/02/2024	1589	LAB ANALISES CLIN STA TEREZA LTDA	SERVICOS MÉDICOS	R\$ 10.728.74	R\$ 478.50	R\$ 10.250.24	105264	23/02/2024
15/02/2024	28890	ABUD SERV RADIOLÓGICOS LTDA	SERVICOS MÉDICOS	R\$ 893.48	R\$ 54.94	R\$ 838.54	105306	23/02/2024
14/02/2024	283	R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA	SERVICOS MÉDICOS	R\$ 5.980.00	R\$ 487.37	R\$ 5.492.63	105164	23/02/2024
14/02/2024	281	R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA	SERVICOS MÉDICOS	R\$ 127.460.75	R\$ 10.388.05	R\$ 117.072.70	105212	23/02/2024
15/02/2024	28891	ABUD SERV RADIOLÓGICOS LTDA	SERVICOS MÉDICOS	R\$ 3.430.00	R\$ 210.95	R\$ 3.219.05	105352	23/02/2024
						R\$ 136.873,16		
<b>MATERIAL HOSPITALAR</b>								
11/01/2024	110329	ATIVA COMERCIAL HOSP LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 691.50	R\$ -	R\$ 691.50	39080723	08/02/2024
23/01/2024	72	QUIRON COM HOSP LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 116.60	R\$ -	R\$ 116.60	39079462	08/02/2024
15/01/2024	18682	BMG DIST DE PROD HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 575.35	R\$ -	R\$ 575.35	122943	08/02/2024
19/01/2024	2615423	CM HOSPITALAR S.A	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 398.26	R\$ -	R\$ 398.26	39079013	08/02/2024
10/01/2024	1815308	COM CIRURG RIOCLARENSE LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 1.757.96	R\$ -	R\$ 1.757.96	123041	08/02/2024
19/01/2024	70	QUIRON COM HOSP LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 407.35	R\$ -	R\$ 407.35	39080519	08/02/2024
18/01/2024	455911	HDL LOGISTICA HOSP LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 1.314.92	R\$ -	R\$ 1.314.92	39080035	08/02/2024
19/01/2024	1362245	CM HOSPITALAR S.A	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 738.50	R\$ -	R\$ 738.50	39079750	08/02/2024
12/01/2024	1355461	CM HOSPITALAR S.A	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 3.047.58	R\$ -	R\$ 3.047.58	39081300	08/02/2024
18/01/2024	255636	LUMAR COM PROD FARMACEUTICOS LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 1.322.50	R\$ -	R\$ 1.322.50	39080275	08/02/2024
11/01/2024	60678	CIRURGICA RIB PRETO LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 2.222.53	R\$ -	R\$ 2.222.53	39081030	08/02/2024
10/01/2024	153331	SOQUIMICA LAB LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	R\$ 2.950.00	R\$ -	R\$ 2.950.00	39081525	08/02/2024
						R\$ 15.543,05		



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

R. Ananias da Costa Freitas. 753 - Centro

CEP: 14180-000 - Pontal/SP

Fone: (16) 3953-9100

INSUMOS									
02/01/2024	12361	R MARCON PROD DE LIMPEZA LTDA	INSUMOS	R\$ 600.00	R\$ -	R\$ 600.00	39084356	08/02/2024	
15/01/2024	793148	MEC TOCA COM DIST LTDA	INSUMOS	R\$ 737.10	R\$ -	R\$ 737.10	39083114	08/02/2024	
10/01/2024	69	MR DAMATTA PROD LIMPEZA E DESC LTDA	INSUMOS	R\$ 1.950.92	R\$ -	R\$ 1.950.92	39083387	08/02/2024	
03/01/2024	12378	R MARCON PROD DE LIMPEZA LTDA	INSUMOS	R\$ 3.465.60	R\$ -	R\$ 3.465.60	39084153	08/02/2024	
						R\$ 6.753.62			
SERVIÇOS DE TERCEIROS									
05/02/2024	11	FRANCIS VANDERLI GALVAO	SERVIÇOS DE TERCEIROS	R\$ 2.300.00	R\$ -	R\$ 2.300.00	123201	08/02/2024	
						R\$ 2.300.00			
IMPOSTOS RETIDOS									
08/02/2024	PM DE PONTAL	GUIA PARA RECOLHIMENTO DE ISSQN	IMPOSTOS RETIDOS	R\$ 3.021.42	R\$ -	R\$ 3.021.42	77970	09/02/2024	
06/02/2024	FUNCIONÁRIOS	GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS	IMPOSTOS RETIDOS	R\$ 12.625,55	R\$ -	R\$ 12.625,55	522132	07/02/2024	
06/02/2024	JESSICA C DA S COSTA	GUIA DE RECOLHIMENTO RESCISÓRIO DO FGTS	IMPOSTOS RETIDOS	R\$ 7.972,50	R\$ -	R\$ 7.972,50	514444	06/02/2024	
15/02/2024	GUIA	DARF IRRF	IMPOSTOS RETIDOS	R\$ 8.347,44	R\$ -	R\$ 8.347,44	814937	20/02/2024	
15/02/2024	GUIA	DARF IRRF/ CP SEGURADOS	IMPOSTOS RETIDOS	R\$ 24.930,62	R\$ -	R\$ 24.930,62	825401	20/02/2024	
						R\$ 56.897,53			





IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro  
CEP: 14180-000 - Pontal/SP  
Fone: (16) 3953-9100

DESPESAS BANCARIAS

DESPESAS BANCARIAS										
06/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	1.30		R\$	1.30	EXTRATO	06/02/2024
07/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	36.50		R\$	36.50	EXTRATO	07/02/2024
08/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	11.00		R\$	11.00	EXTRATO	08/02/2024
08/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	1.30		R\$	1.30	EXTRATO	08/02/2024
08/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	1.30		R\$	1.30	EXTRATO	08/02/2024
08/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	1.30		R\$	1.30	EXTRATO	08/02/2024
08/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	1.30		R\$	1.30	EXTRATO	08/02/2024
08/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	1.30		R\$	1.30	EXTRATO	08/02/2024
09/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	1.30		R\$	1.30	EXTRATO	09/02/2024
26/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	55.00		R\$	55.00	EXTRATO	26/02/2024
29/02/2024	TARIFA	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS	R\$	1.30		R\$	1.30	EXTRATO	29/02/2024
							R\$	112.90		

R\$ 347.449,81

Pontal, 15 de março de 2024

JOÃO HENRIQUE DIAS PEDRO

Interventor

**Extrato por período**

Cliente: IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

Conta: 3472 | 003 | 00000989-0

Data: 04/03/2024 - 13:45

Mês: Fevereiro/2024

Período: 1 - 29

**Extrato**

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
01/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
02/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
05/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
06/02/2024	514444	DEB P FGTS	7.972,50 D	7.972,50 D
06/02/2024	061350	TEV MESM T	87.988,63 D	95.961,13 D
06/02/2024	000140	TR TEV IBC	1,30 D	95.962,43 D
06/02/2024	727220	RESG AUTOM	95.962,43 C	0,00 C
06/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
07/02/2024	000001	CRED TED	216.596,38 C	216.596,38 C
07/02/2024	522132	DEB P FGTS	12.625,55 D	203.970,83 C
07/02/2024	000020	MANUT CAD	36,50 D	203.934,33 C
07/02/2024	000000	SALDO DIA		203.934,33 C
08/02/2024	290087	APLICACAO	161.224,76 D	42.709,57 C
08/02/2024	079013	PAG BOLETO	398,26 D	42.311,31 C
08/02/2024	079462	PAG BOLETO	116,60 D	42.194,71 C
08/02/2024	079750	PAG BOLETO	738,50 D	41.456,21 C
08/02/2024	080035	PAG BOLETO	1.314,92 D	40.141,29 C
08/02/2024	080275	PAG BOLETO	1.322,50 D	38.818,79 C
08/02/2024	080519	PAG BOLETO	407,35 D	38.411,44 C
08/02/2024	080723	PAG BOLETO	691,50 D	37.719,94 C
08/02/2024	081030	PAG BOLETO	2.222,53 D	35.497,41 C
08/02/2024	081300	PAG BOLETO	3.047,58 D	32.449,83 C
08/02/2024	081525	PAG BOLETO	2.950,00 D	29.499,83 C
08/02/2024	081725	PAG BOLETO	523,24 D	28.976,59 C
08/02/2024	081912	PAG BOLETO	1.995,70 D	26.980,89 C
08/02/2024	082086	PAG BOLETO	1.062,50 D	25.918,39 C
08/02/2024	082292	PAG BOLETO	678,12 D	25.240,27 C

08/02/2024	082573	PAG BOLETO	550,00 D	24.690,27 C
08/02/2024	082732	PAG BOLETO	2.888,15 D	21.802,12 C
08/02/2024	082897	PAG BOLETO	4.160,00 D	17.642,12 C
08/02/2024	083114	PAG BOLETO	737,10 D	16.905,02 C
08/02/2024	083387	PAG BOLETO	1.950,92 D	14.954,10 C
08/02/2024	084153	PAG BOLETO	3.465,60 D	11.488,50 C
08/02/2024	084356	PAG BOLETO	600,00 D	10.888,50 C
08/02/2024	084782	PAG BOLETO	1.560,00 D	9.328,50 C
08/02/2024	111930	ENVIO TED	2.265,31 D	7.063,19 C
08/02/2024	122943	ENVIO TED	575,35 D	6.487,84 C
08/02/2024	123041	ENVIO TED	1.757,96 D	4.729,88 C
08/02/2024	123135	ENVIO TED	164,54 D	4.565,34 C
08/02/2024	123201	ENVIO TED	2.300,00 D	2.265,34 C
08/02/2024	081413	TEV MESM T	322,63 D	1.942,71 C
08/02/2024	081413	TEV MESM T	964,17 D	978,54 C
08/02/2024	081414	TEV MESM T	225,18 D	753,36 C
08/02/2024	081414	TEV MESM T	432,46 D	320,90 C
08/02/2024	081414	TEV MESM T	210,00 D	110,90 C
08/02/2024	111930	DOC/TED INTERNET	11,00 D	99,90 C
08/02/2024	000140	TR TEV IBC	1,30 D	98,60 C
08/02/2024	000140	TR TEV IBC	1,30 D	97,30 C
08/02/2024	000140	TR TEV IBC	1,30 D	96,00 C
08/02/2024	000140	TR TEV IBC	1,30 D	94,70 C
08/02/2024	000140	TR TEV IBC	1,30 D	93,40 C
08/02/2024	000000	SALDO DIA		93,40 C
09/02/2024	077970	PG PREFEIT	3.021,42 D	2.928,02 D
09/02/2024	091002	TEV MESM T	4.892,27 D	7.820,29 D
09/02/2024	000140	TR TEV IBC	1,30 D	7.821,59 D
09/02/2024	727220	RESG AUTOM	7.821,59 C	0,00 C
09/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
14/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
15/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
16/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
19/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
20/02/2024	814937	PG ORG GOV	8.347,44 D	8.347,44 D
20/02/2024	825401	PG ORG GOV	24.930,62 D	33.278,06 D
20/02/2024	727220	RESG AUTOM	33.278,06 C	0,00 C
20/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C

21/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
22/02/2024	000001	CRED TED	148.492,97 C	148.492,97 C
22/02/2024	000000	SALDO DIA		148.492,97 C
23/02/2024	278444	APLICACAO	148.492,97 D	0,00 C
23/02/2024	105164	ENVIO TED	5.492,63 D	5.492,63 D
23/02/2024	105212	ENVIO TED	117.072,70 D	122.565,33 D
23/02/2024	105264	ENVIO TED	10.250,24 D	132.815,57 D
23/02/2024	105306	ENVIO TED	838,54 D	133.654,11 D
23/02/2024	105352	ENVIO TED	3.219,05 D	136.873,16 D
23/02/2024	727220	RESG AUTOM	136.873,16 C	0,00 C
23/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
26/02/2024	000000	MANUT CTA	55,00 D	55,00 D
26/02/2024	727220	RESG AUTOM	55,00 C	0,00 C
26/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
27/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
28/02/2024	000000	SALDO DIA		0,00 C
29/02/2024	000001	CRED TED	216.596,38 C	216.596,38 C
29/02/2024	291314	TEV MESM T	18.086,65 D	198.509,73 C
29/02/2024	000140	TR TEV IBC	1,30 D	198.508,43 C
29/02/2024	000000	SALDO DIA		198.508,43 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**Extrato Fundo de Investimento**  
Para simples verificação

Nome da Agência PONTAL, SP	Código 3472	Operação 5970	Emissão 04/03/2024
-------------------------------	----------------	------------------	-----------------------

Fundo CAIXA FIC OAB RF CRÉD PRIV LP	CNPJ do Fundo 14.120.488/0001-03	Início das Atividades do Fundo 23/09/2014
--	-------------------------------------	--

**Rentabilidade do Fundo**

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 31/01/2024	Cota em: 29/02/2024
0,8485	1,9054	13,5430	2,27913600	2,29847500

**Administradora**

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

**Cliente**

Nome IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL	CPF/CNPJ 55.110.753/0001-41	Conta Corrente 0003.000000000989-0	Mês/Ano 02/2024	Folha 01/01
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

**Resumo da Movimentação**

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	0,00	0,000000
Aplicações	309.717,73C	135.280,342110
Resgates	273.990,24D	119.664,046814
Rendimento Bruto no Mês	524.076,43C	
IRRF	0,00	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	559.803,92C	243.554,495939
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(\*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

**Movimentação Detalhada**

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
06 / 02	RESGATE	95.962,43D	42.033,329024
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
08 / 02	APLICACAO	161.224,76C	70.554,763224
09 / 02	RESGATE	7.821,59D	3.421,339299
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
20 / 02	RESGATE	33.278,06D	14.524,716514
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
23 / 02	APLICACAO	148.492,97C	64.725,578885
23 / 02	RESGATE	136.873,16D	59.660,699536
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	
26 / 02	RESGATE	55,00D	23,962440
	IRRF	0,00	
	IOF	0,00	

**Dados de Tributação**

**Rendimento Base**

**IRRF**

0,00

0,00

**Informações ao Cotista**

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil. Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

**Serviço de Atendimento ao Cotista**

SAC: 0800 - 726 0101	Endereço para Correspondência: Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: <a href="https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp">https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp</a>
Acesse o site da CAIXA: <a href="http://www.caixa.gov.br">www.caixa.gov.br</a>	

*Urgência*

RELAÇÃO DA FOLHA POR EMPREGADO

Código	Nome do empregado	Salário	Out.Prov.	Sal.Pam.	INSS	IRRF	Out.Desc.	Líquido	FGTS
<b>C.Custos: 19-RADIOLOGIA URGENCIA E EMERGENCIA</b>									
<b>Empregados</b>									
45	GABRIEL ARTHUR DA SILVA	2.771,13	3.547,67	0,00	688,04	528,97	0,00	5.101,79	496,70
68	JOSE DOS SANTOS	2.771,13	5.019,86	0,00	864,88	931,98	0,00	5.994,13	597,75
232	MARCO AURELIO DE SOUZA	2.771,13	3.691,00	0,00	663,13	591,16	166,27	5.041,57	482,46
103	MARIA MICHELA DOS SANTOS SILVA	2.771,13	4.830,30	0,00	867,61	818,60	999,00	4.916,22	599,31
110	MATHEUS GABRIEL RUBIN	3.104,19	3.511,99	0,00	729,68	703,58	0,00	5.182,92	520,49
130	RENATA ROSA SANTA FE SEVERINO	2.771,13	6.387,35	0,00	908,85	1.164,05	6.666,08	419,50	723,87
Empregados: 6	Total:	16.959,84	26.988,17	0,00	4.722,19	4.738,34	7.831,35	26.656,13	3.420,58
<b>C.Custos: 27-ULTRASSON</b>									
<b>Empregados</b>									
134	ROSELI ELIAS	2.836,89	110,00	0,00	239,24	36,42	352,24	2.318,99	226,95
Empregados: 1	Total:	2.836,89	110,00	0,00	239,24	36,42	352,24	2.318,99	226,95
<b>C.Custos: 57-EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>									
<b>Empregados</b>									
8	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	3.886,36	2.689,70	0,00	724,06	656,49	4.304,98	890,53	517,28
10	ANDRESSA CAMILA CASSARO DOS SANTOS	3.886,36	2.260,92	0,00	664,03	584,43	4.758,81	140,01	482,98
226	BIANCA VIEIRA CANJERANO	2.720,45	732,23	0,00	299,94	52,70	0,00	3.100,04	267,41
211	DANIELA COELHO DOS SANTOS	2.757,02	2.804,80	0,00	582,07	454,22	0,00	4.525,53	436,14
32	ELIZANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO	2.720,45	1.256,91	0,00	362,90	126,83	0,00	3.487,63	309,38
40	FERNANDA ALVES MARTINS	2.720,45	1.505,80	0,00	395,09	182,10	3.449,08	199,98	329,30
39	FERNANDA APARECIDA TEIXEIRA	2.720,45	392,40	0,00	248,27	41,39	120,68	2.702,51	232,97
46	FRATIANE FERREIRA LOPES	2.720,45	1.784,75	0,00	413,14	181,13	407,26	3.503,67	339,61
48	GIANI MARIA LUCERA MOTA	1.360,23	2.734,27	0,00	191,78	148,80	3.753,92	0,00	189,30
47	GILDETE AMADOR DE SOUZA NEVES	3.886,36	1.276,03	0,00	526,15	324,02	0,00	4.312,22	404,19
50	GISLAINE APARECIDA CALHEIROS LINS	2.720,45	392,40	0,00	259,16	33,16	91,78	2.728,75	240,22
55	GLENIA GUADALUPE DA SILVA	2.720,45	1.082,17	0,00	341,93	103,77	0,00	3.356,92	295,40
54	GRAZIELA APARECIDA CORNELIO	2.720,45	1.118,72	0,00	346,31	137,03	60,89	3.294,94	298,33
58	JESSICA CAROLINE DA SILVA COSTA	2.720,45	498,32	0,00	228,34	18,03	617,71	2.354,69	219,68
65	JOAO CARLOS DA ROCHA SILVA	2.720,45	1.890,48	0,00	427,94	224,19	3.668,78	290,02	348,07
206	JOSIANE FERREIRA DOS REIS	2.720,45	1.182,58	0,00	353,98	145,46	0,00	3.403,59	303,44
73	JOSIANE SEBASTIANA MIRONGA	2.720,45	1.459,66	0,00	388,63	135,64	396,72	3.259,12	325,60
100	MARCIO GLEIZER DE SOUZA	3.886,36	1.164,39	0,00	478,39	179,21	92,67	4.300,48	376,90
119	MAYARA LAIS RAPOSO DOS SANTOS	3.886,36	1.211,40	0,00	517,10	314,53	667,51	3.598,62	399,02
205	SILVANA ALVES MARTINS	3.886,36	2.200,58	0,00	655,58	578,41	0,00	4.852,95	478,15
Empregados: 20	Total:	60.080,81	29.638,51	0,00	8.404,79	4.621,54	22.390,79	54.302,20	6.793,37
<b>C.Custos: 59-RECEPCÃO / PORTARIA</b>									
<b>Empregados</b>									
21	CESAR AUGUSTO MACHADO	1.584,97	846,27	0,00	187,73	0,00	0,00	2.243,51	185,69
42	FLAVIANA REGINA NEGRAO	1.202,39	575,87	0,00	128,96	0,00	443,38	1.205,92	133,46
159	GABRIELLE LIMA FEITEIRO	1.639,62	499,55	0,00	161,44	0,00	0,00	1.977,73	162,33
56	GUILHERME DE SOUZA FONSECA	1.415,50	1.169,57	0,00	191,93	7,09	1.461,24	924,81	189,43
198	INGRID MILENA RODRIGUES DE OLIVEIRA	1.639,62	110,00	0,00	126,38	0,00	0,00	1.623,24	131,16
230	JÁNEA PAULA AMORIM SANTANA	1.639,62	168,58	0,00	131,65	0,00	0,00	1.676,55	135,85
63	JESSICA MARIANA MACEDO ALMEIDA	1.639,62	487,20	0,00	160,33	0,00	30,89	1.935,60	161,34
66	JOSE CLAUDIO DE ANDRADE	0,00	1.902,60	0,00	0,00	0,00	1.902,60	0,00	0,00
75	JULIANA RODRIGUES FREIRES	1.639,62	304,99	0,00	143,93	0,00	693,28	1.107,40	146,76
158	KIVIA BOMBO	1.639,62	110,00	0,00	126,38	0,00	0,00	1.623,24	131,16
88	LISLAINE CARLA MOREIRA	1.415,50	842,27	0,00	172,11	0,00	0,00	2.085,66	171,82
113	MELINE RODRIGUES CAMBREA	1.639,62	178,62	0,00	132,56	0,00	30,89	1.654,79	136,65
116	NATALIA APARECIDA MOREIRA	0,00	3.721,57	0,00	0,00	0,00	3.721,57	0,00	0,00
117	NATHALIA HELENA DOS SANTOS BIM	1.730,45	136,04	62,04	136,90	0,00	23,30	1.768,33	140,51
125	PAULO ROBERTO DE ANDRADE	1.415,50	1.049,90	0,00	190,80	0,00	30,00	2.244,60	188,43

IPJ: 55.110.753/0001-41  
Titulo: Folha Mensal  
Competência: 01/2024

Emissão: 05/02/2024

Hora: 11:10:05

RELAÇÃO DA FOLHA POR EMPREGADO

Código	Nome do empregado	Salário	Out.Prov.	Sal.Pam.	INSS	IRRF	Out.Desc.	Líquido	FGTS	
143	SUSAN MARA DA CRUZ PORTO	2.123,24	416,00	0,00	169,91	0,00	250,95	2.118,38	169,85	
Empregados:	16	Total:	22.364,89	12.519,03	62,04	2.161,01	7,09	8.588,10	24.189,76	2.184,44
Todos geral:	43	Total:	102.242,43	69.255,71	62,04	15.527,23	9.403,39	39.162,48	107.467,08	12.625,34

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

**Nome:** IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

**Conta de débito:** 3472 / 003 / 00000989-0

**Representação numérica do código de barras:**

858000000798 725002392020 402090374365 252511075320

**Identificador:** 03743625251107532

**Cód. convênio:** 0239

**Data de validade:** 09/02/2024

**Valor recolhido:** 7.972,50

**Identificação da operação:**

**Data / hora:** 06/02/2024

**Data de Débito:** 06/02/2024

**Código da operação:** 00514444

**Chave de segurança:** SYF1VP3837KK4JT5

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104





GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 06/02/2024 10:06:18

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA <i>URGÊNCIA</i>	02 - CNPJ/CEI 55.110.753/0001-41
---	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ANANIAS COSTA FREITAS 753	04 - Contato/DDD/telefone 16-39539100	05 - CEP 14.180-000
---	--	------------------------

06 - Bairro/distrito CENTRO	07 - Município PONTAL	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
--------------------------------	--------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

**11- Identificador**  
03743625251107532

**12- Total a Recolher**  
7.972,50

**13- Data de Validade = 09/02/2024**

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858000000798	725002392020	402090374365	252511075320
--------------	--------------	--------------	--------------

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 06/02/2024 10:06:18

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA	02 - CNPJ/CEI 55.110.753/0001-41
---	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ANANIAS COSTA FREITAS 753	04 - Contato/DDD/telefone 16-39539100	05 - CEP 14.180-000
---	--	------------------------

06 - Bairro/Distrito CENTRO	07 - Município PONTAL	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
--------------------------------	--------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

**11- Identificador**  
03743625251107532

**12- Total a Recolher**  
7.972,50

**13- Data de Validade = 09/02/2024**

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858000000798	725002392020	402090374365	252511075320
--------------	--------------	--------------	--------------



Via Banco



## Demonstrativo do Trabalhador de Recolhimento FGTS Rescisório

Identificador: 03743625251107532

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

### Dados do Empregador

Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA CNPJ/CEI: 55.110.753/0001-41  
Endereço  
Logradouro: ANANIAS COSTA FREITAS 753 Bairro: CENTRO  
Cidade: PONTAL UF: SP CEP: 14.180-000  
FPAS: 639 Simples: 1 CNAE: 8610102  
CNPJ/CEI Tomador de serviço:

### Dados do Trabalhador

Nome: JESSICA CAROLINE DA SILVA COSTA  
PIS/PASEP: 20037175399 Admissão: 15/09/2015 Categoria: 01  
Data Nascimento: 26/02/1994 Data Opção: 15/09/2015 CTPS: 0099822/00404  
Movimentação: 02/02/2024 - I1 Aviso Prévio: 2 Dissídio/Acordo:

### Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	450,42	2.716,30	19.297,94
Depósito	0,00	36,03	217,30	7.719,17
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Trabalhador: 7.972,50

Valor Devido pela Empresa: 7.972,50

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM

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

**Nome:** IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL  
**Conta de débito:** 3472 / 003 / 00000989-0

**Representação numérica do código de barras:**

858800001268 255501792406 207685050858 511075300017

**CNPJ/CEI empresa:** 55.110.753/0001-41  
**Cód. convênio:** 0179  
**Data de validade:** 07/02/2024  
**Competência:** 01/2024

**Valor recolhido:** 12.625,55

**Identificação da operação:**

**Data / hora:** 07/02/2024  
**Data de Débito:** 07/02/2024

**Código da operação:** 00522132  
**Chave de segurança:** SVRSEEQ2XTK3P4XR

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

União



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/02/2024 - 14:34:24

01-RAZÃO SOCIAL/NOME IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA				02-DDD/TELEFONE (0016) 39539100
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 157.819,43	06-QTDE TRABALHADORES 41	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 ) 55.110.753/0001-41	11-COMPETÊNCIA 01/2024	12-DATA DE VALIDADE 07/02/2024

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 12.625,55	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 12.625,55
---	---------------------	----------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/02/2024\*\*

858800001268 255501792406 207685050858 511075300017

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/02/2024 - 14:34:24

01-RAZÃO SOCIAL/NOME IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA				02-DDD/TELEFONE (0016) 39539100
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 157.819,43	06-QTDE TRABALHADORES 41	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 ) 55.110.753/0001-41	11-COMPETÊNCIA 01/2024	12-DATA DE VALIDADE 07/02/2024

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 12.625,55	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 12.625,55
---	---------------------	----------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/02/2024\*\*

858800001268 255501792406 207685050858 511075300017

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

*Mensalidade Sindical*

<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Conta destino:</b>	3472 / 003 / 00000029-9

<b>Nome destinatário:</b>	IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 210,00

<b>Data de débito:</b>	08/02/2024
<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:14:47

<b>Código da operação:</b>	081414
<b>Chave de segurança:</b>	PALSUYYNZMA2TG56

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

### TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

*Adriano Lima*

**Conta origem:** 3472 / 003 / 00000989-0

**Conta destino:** 3472 / 003 / 00000029-9

**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 432,46

**Data de débito:** 08/02/2024

**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:14:30

**Código da operação:** 081414

**Chave de segurança:** 3WXWSSH583RSM1XY

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

*Seg. de vida*

**Conta origem:** 3472 / 003 / 00000989-0

**Conta destino:** 3472 / 003 / 00000029-9

**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 225,18

**Data de débito:** 08/02/2024

**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:14:13

**Código da operação:** 081414

**Chave de segurança:** C518YM4KU00QVYTC

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

*Sermeo Peine*

**Conta origem:** 3472 / 003 / 00000989-0

**Conta destino:** 3472 / 003 / 00000029-9

**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 964,17

**Data de débito:** 08/02/2024

**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:13:56

**Código da operação:** 081413

**Chave de segurança:** X1TGN34CLH52GTF

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

*Emp. Loureiro*

<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Conta destino:</b>	3472 / 003 / 00000029-9

<b>Nome destinatário:</b>	IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 322,63

<b>Data de débito:</b>	08/02/2024
<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:13:39

<b>Código da operação:</b>	081413
<b>Chave de segurança:</b>	U9WWZK3FEN16NW2M

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472 / 003 / 00000989-0

<b>Representação numérica do código de barras:</b>
816300000303 214234072020 402100201209 006507240015

<b>Convênio:</b>	PM DE PONTAL-SP
<b>Valor:</b>	3.021,42

<b>Data de débito:</b>	09/02/2024
<b>Data/hora da operação:</b>	09/02/2024

<b>Código da operação:</b>	00077970
<b>Chave de segurança:</b>	T8LXAJWF5ERRJLG6

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



# Prefeitura Municipal de Pontal

## Município de Pontal

RUA GUILHERME SILVA, 337 - CENTRO

45.352.267/0001-86

### GUIA PARA RECOLHIMENTO DE ISSQN - 2024

989-0.

Cadastro <b>000003715</b>	Módulo <b>Mobiliário</b>	
CPF/CNPJ <b>55.110.753/0001-41</b>	Nome/Razão Social <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>	
Logradouro <b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS</b>	Número <b>00753</b>	Complemento
CEP <b>14180-000</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>PONTAL-SP</b>

Base de Cálculo <b>R\$ 141.346,62</b>	Qtde Notas <b>3</b>	Vencimento <b>10/02/2024</b>	Referência <b>1/2024</b>	Tipo da Declaração <b>Declaração Tomador</b>	Valor Creditado <b>0,00</b>
Código de Baixa <b>2-650724-1-1</b>	Cadastro <b>000003715</b>	Módulo <b>2 - Mobiliário</b>	Receita Principal <b>12 - ISS Tomador</b>		
Valor Original <b>R\$ 3.021,42</b>	Correção <b>R\$ 0,00</b>	Multa <b>R\$ 0,00</b>	Juros <b>R\$ 0,00</b>	Valor Documento <b>R\$ 3.021,42</b>	

Autenticação Mecânica

Impresso em: 08/02/2024 13:45:48 por: IRMANDADE SANTA CASA

	<b>Prefeitura Municipal de Pontal</b> <b>Município de Pontal</b> 45.352.267/0001-86	<b>Exercício: 2024</b>
Contribuinte <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>		CPF/CNPJ <b>55.110.753/0001-41</b>
Logradouro <b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS</b>		Número <b>00753</b>
CEP <b>14180-000</b>		Complemento
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>PONTAL-SP</b>	
Vencimento <b>10/02/2024</b>	Código de Baixa <b>2-650724-1-1</b>	Cadastro <b>000003715</b>
Módulo <b>2 - Mobiliário</b>	Receita Principal <b>12 - ISS Tomador</b>	
Valor Original <b>R\$ 3.021,42</b>	Correção <b>R\$ 0,00</b>	Multa <b>R\$ 0,00</b>
Juros <b>R\$ 0,00</b>	Total Recebido <b>R\$ 3.021,42</b>	
<b>APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% E 1% JUROS AO MÊS.</b>		

Autenticação Mecânica

8163000030-3 21423407202-0 40210020120-9 00650724001-5



Pague com PIX



## NOTAS FISCAIS

Razão Social/Nome	CNPJ/CPF	Número	Base Calculo	Alíquota	Valor ISS
R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA	34.129.327/0001-80	274	R\$ 127.460,75	2,00 %	R\$ 2.549,22
R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA	34.129.327/0001-80	276	R\$ 5.980,00	2,00 %	R\$ 119,60
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA.	55.108.831/0001-73	1576	R\$ 7.905,87	4,46 %	R\$ 352,60
<b>Total de notas: 3</b>					<b>R\$ 3.021,42</b>

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2477 / 00000116366-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	FRANCIS VANDERLI GALVAO
<b>CPF/CNPJ:</b>	255.713.518-61
<b>Valor:</b>	R\$ 2.300,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	06 - Pagamento de Honorários
<b>Identificação da operação:</b>	11
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	08/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	08/02/2024 14:05:34

<b>Código da operação:</b>	00123201
<b>Chave de segurança:</b>	KQ7HZUXNAW8WR7U7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**Chave de Acesso da NFS-e**

3540200221158585600019200000000001124020242975920



Número da NFS-e  
11

Competência da NFS-e  
05/02/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e  
05/02/2024 11:26:07

Número da DPS  
11

Série da DPS  
50000

Data e Hora da emissão da DPS  
05/02/2024 11:26:07

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

**EMITENTE DA NFS-e**

Prestador do Serviço  
CNPJ / CPF / NIF  
11.585.856/0001-92

Inscrição Municipal  
-

Telefone  
(16) 9249-4215

Nome / Nome Empresarial  
FRANCIS VANDERLI GALVAO 25571351861

E-mail  
-

Endereço  
LIBERATO MANOPELI, 177

Município  
Pontal - SP

CEP  
14180-000

Simple Nacional na Data de Competência  
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN  
-

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CNPJ / CPF / NIF  
255.713.518-61

Inscrição Municipal  
-

Telefone  
-

Nome / Nome Empresarial  
FRANCIS VANDERLI GALVAO

E-mail  
-

Endereço  
-

Município  
-

CEP  
-

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

**SERVIÇO PRESTADO**

Código de Tributação Nacional  
07.05.01 - Reparação, conservação e reforma de edifícios e congêneres...

Código de Tributação Municipal  
-

Local da Prestação  
Pontal - SP

País da Prestação  
-

Descrição do Serviço  
MANUTENÇÃO E REPAROS DIVERSOS  
Termo de Convênio 002/2023 TA 004/23

**TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL**

Tributação do ISSQN  
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço  
-

Município de Incidência do ISSQN  
Pontal - SP

Regime Especial de Tributação  
Nenhum

Tipo de Imunidade  
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN  
Não

Número Processo Suspensão  
-

Benefício Municipal  
-

Valor do Serviço  
R\$ 2.300,00

Desconto Incondicionado  
-

Total Deduções/Reduções  
-

Cálculo do BM  
-

BC ISSQN  
-

Alíquota Aplicada  
-

Retenção do ISSQN  
Não Retido

ISSQN Apurado  
-

**TRIBUTAÇÃO FEDERAL**

IRRF  
-

CP  
-

CSLL  
-

PIS  
-

COFINS  
-

Retenção do PIS/COFINS  
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL  
-

**VALOR TOTAL DA NFS-E**

Valor do Serviço  
R\$ 2.300,00

Desconto Condicionado  
R\$

Desconto Incondicionado  
R\$

ISSQN Retido  
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos  
R\$ 0,00

PIS/COFINS Retidos  
-

Valor Líquido da NFS-e  
R\$ 2.300,00

**TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS**

Federais  
-

Estaduais  
-

Municipais  
-

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 03100.050008 00008.854176 8 96270000060000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA . ME</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA . ME</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>18.209.156/0001-42</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	15/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	600,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	600,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	600,00

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:07:48
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039084356
<b>Chave de segurança:</b>	LNZ9CP71T11KV0YM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
A16 CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME CNPJ: 18.209.156/0001.42 OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

EMIÇÃO: 02/01/2024 DEST/REM: IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL VALOR TOTAL: 600,00

NF-e

Nº 000012.361  
SÉRIE 001

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME

DANFE

R JAIME JOSE DO NASCTO FEITOSA, 0178  
RES. E COM. PALMARES 14.092.540  
RIBEIRAO PRETO SP N° 12361 Série 001  
(16) 3285.0150 contato@higirib.com.brDocumento auxiliar da Nota  
Fiscal Eletronica  
0-Entrada 1-Saida 1  
FOLHA 01/01CHAVE DE ACESSO DA NF-e - Para Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR ou no site da SEFAZ da autorizadora

35-24.01-18.209.156/0001-42-55-001-000.012.361-100.013.907-5

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
Vendas

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135240002303415 02/01/2024 06:55:18h

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
582974310112INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
000000000CNPJ  
18.209.156/0001.42

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL

Código Cliente  
000187CNPJ / CPF  
55.110.753/0001.41DATA DA EMISSÃO  
02/01/2024

ENDEREÇO

RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753

BAIRRO / DISTRITO  
CENTROCEP  
14.180.000DATA DA SAÍDA / ENTRADA  
02/01/2024MUNICÍPIO  
PONTALUF  
SPFONE / FAX  
(16) 3953.1719INSC. ESTADUAL  
ISENTOHORA DA SAÍDA  
06:53h

FATURA/DUPLICATAS

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
000012361	15/02/2024	600,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORT.	VALOR PIS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
0-Remetente(CIF)

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE  
1ESPÉCIE  
VOLUMES

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UN.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
0003	CLARIT PASTA 20KG	34029029	0.500	5.405	BD	1,0000	600,00000	0,00	600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**\*\*\* AVISO IMPORTANTE \*\*\***  
A HIGIRIB INFORMA QUE NÃO ENVIA BOLETOS BANCÁRIOS POR E-MAIL. OS BOLETOS SEMPRE SEGUEM ANEXADOS À NOTA FISCAL.

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

TERMO DE CONVÊNIO 02/2022 - T.A. 004/2023 // Cond. Pgto.: BCO.: 007 - BANCO DO BRASIL S/A // I- ME/EPP optante pelo Simples Nacional \* II- Não gera credito fiscal de IPI/ICMS conf lei 123/2006 // PREZADO CLIENTE, A HIGIRIB NÃO ENVIA BOLETOS BANCÁRIOS POR E-MAIL, EM CASO DE DÚVIDAS ENTRE EM CONTATO COM NOSSO DEPARTAMENTO FINANCEIRO PELO TELEFONE (16) 3285-0150 // CONFIRA AS MERCADORIAS NO ATO DA ENTREGA, APÓS O RECEBIMENTO E ASSINATURA DO CAHOTO NÃO ACETAREMOS RECLAMAÇÕES. // Valor aprox. dos Tributos R\$ 101,04 (16,84%) Fonte: IBPT // ICMS PAGO ANTERIORMENTE POR SUBSTITUIÇÃO. - 0003

RESERVADO AO FISCO

FRAUDE DE BOLETOS FALSOS

**\*\*\* ATENÇÃO \*\*\***

NOSSA EMPRESA NÃO ENVIA BOLETOS POR E-MAIL

Pedido 10.471 Vendedor 4 Pedido compra

DATA E HORA DA IMPRESSÃO 02/01/2024 AS 06:53:18h

Versão 03.02.00 NF-e 4.0

Desenvolvido por WWW.FLATAN.COM.BR



**\*\*\* AVISO IMPORTANTE \*\*\***  
A HIGIRIE INFORMA QUE NÃO  
ENVA BOLETOS BANCÁRIOS  
POR E-MAIL. OS BOLETOS  
SEMPRE SEGUEM ANEXADOS  
À NOTA FISCAL.

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>					Vencimento <b>15/02/2024</b>
Beneficiário <b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42 RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>					Agência / Código do Beneficiário <b>2665-4 / 045000-6</b>
Data do Documento <b>02/01/2024</b>	Número do Documento <b>12.361</b>	Espécie do Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>02/01/2024</b>	Nosso Número <b>31000500000008854</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Especie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>600,00</b>
Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* <b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 2,10 AO DIA.</b> <b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b> <b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b>					(-) Desconto/Abatimento  (+) Mora / Multa  (=) Valor Cobrado
Pagador <b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187 RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 PONTAL/SP</b>		CNPJ/CPF <b>055.110.753/0001-41</b>	Bairro <b>CENTRO</b> CEP <b>14.180.000</b>		

Recebimento através de cheque Nº \_\_\_\_\_ do Banco \_\_\_\_\_ Autenticação Mecânica  
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo banco sacado

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>					Vencimento <b>15/02/2024</b>
Beneficiário <b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42 RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>					Agência / Código do Beneficiário <b>2665-4 / 045000-6</b>
Data do Documento <b>02/01/2024</b>	Número do Documento <b>12.361</b>	Espécie do Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>02/01/2024</b>	Nosso Número <b>31000500000008854</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Especie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>600,00</b>
Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* <b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 2,10 AO DIA.</b> <b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b> <b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b>					(-) Desconto/Abatimento
Pagador <b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187 RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 PONTAL/SP</b>		CNPJ/CPF <b>055.110.753/0001-41</b>	Bairro <b>CENTRO</b> CEP <b>14.180.000</b>		

**FRAUDE DE BOLETOS FALSOS**  
**\*\*\* ATENÇÃO \*\*\***  
**NOSSA EMPRESA NÃO ENVIA BOLETOS POR E-MAIL**

Destacar abaixo \_\_\_\_\_ Autenticação Mecânica

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>					Vencimento <b>15/02/2024</b>
Beneficiário <b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42 RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>					Agência / Código do Beneficiário <b>2665-4 / 045000-6</b>
Data do Documento <b>02/01/2024</b>	Número do Documento <b>12.361</b>	Espécie do Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>02/01/2024</b>	Nosso Número <b>31000500000008854</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Especie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>600,00</b>
Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* <b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 2,10 AO DIA.</b> <b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b> <b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b>					(-) Desconto/Abatimento  (+) Mora / Multa  (=) Valor Cobrado
Pagador <b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187 RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 PONTAL/SP</b>		CNPJ/CPF <b>055.110.753/0001-41</b>	Bairro <b>CENTRO</b> CEP <b>14.180.000</b>		
Sacador / Avalista					



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

**Banco Receptor:** CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

**Pagador Final / Efetivo**

**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41

**Nome:** IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

**Conta de débito:** 3472 | 003 | 00000989-0

**Histórico do Pagamento:** PG BLOQTO

**Representação numérica do código de barras:** 00190.00009 03100.050008 00008.871170 1 96210000346560

**Instituição Emissora - Nome do Banco:** BANCO DO BRASIL S/A

**Código do Banco:** 001

**Beneficiário original / Cedente**

**Nome Fantasia:** R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA . ME

**Nome/Razão Social:** R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA . ME

**CPF/CNPJ:** 18.209.156/0001-42

**Pagador Sacado**

**Nome/Razão Social:** IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL

**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41

**Pagador Final - Correntista**

**Nome/Razão Social:** IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41

**Data do Vencimento:** 09/02/2024

**Data de Efetivação / Agendamento:** 08/02/2024

**Valor Nominal do Bolet:** 3.465,60

**Juros (R\$):** 0,00

**IOF (R\$):** 0,00

**Multa (R\$):** 0,00

**Desconto (R\$):** 0,00

**Abatimento (R\$):** 0,00

**Valor Calculado (R\$):** 3.465,60

**Valor Pago (R\$):** 3.465,60

**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:08:06

**Código da operação:** 039084153

**Chave de segurança:** HP8XXQTQ00USK6YZ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Aiô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME CNPJ: 18.209.156/0001.42 OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

EMISSÃO: 03/01/2024 DEST/REM: IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL VALOR TOTAL: 3.465,60

NF-e

Nº 000012.378  
SÉRIE 001

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME

R JAIME JOSE DO NASCTO FEITOSA, 0178  
RES. E COM. PALMARES 14.092.540  
RIBEIRAO PRETO SP  
(16) 3285.0150 contato@higirib.com.br

DANFE

Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0-Entrada 1-Saída 1

Nº 12378 Série 001  
FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-e - Para Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR ou no site da SEFAZ da autorizadora

35-24.01-18.209.156/0001-42-55-001-000.012.378-100.013.939-0

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
Vendas

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135240015409491 03/01/2024 15:27:25h

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
582974310112

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
000000000

CNPJ  
18.209.156/0001.42

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL

Código Cliente  
000187

CNPJ / CPF  
55.110.753/0001.41

DATA DA EMISSÃO  
03/01/2024

ENDEREÇO

RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

14.180.000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

03/01/2024

MUNICÍPIO

PONTAL

UF

SP

FONE / FAX

(16) 3953.1719

INSC. ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA

15:25h

FATURADUPLICATAS

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
000012378	09/02/2024	3.465,60						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORT.	VALOR PIS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.465,60
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.465,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0-Remetente(CIF)				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
16	VOLUMES				

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UN.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
0036	METALIC 2S 5LTS	32091020	0.500	5.405	GL	4,0000	209,00000	0,00	836,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0052	SPAR HT4 FLORAL 5LTS	34029029	0.500	5.405	GL	4,0000	275,00000	0,00	1.100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0034	METALIC 1 5LTS	34029029	0.500	5.405	GL	4,0000	167,00000	0,00	668,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0037	METALIC 3SI 5LTS	32091020	0.500	5.405	GL	4,0000	215,40000	0,00	861,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**\*\*\* AVISO IMPORTANTE \*\*\***  
A HIGIRIB INFORMA QUE NÃO ENVIA BOLETOS BANCÁRIOS POR E-MAIL. OS BOLETOS SEMPRE SEGUEM ANEXADOS À NOTA FISCAL.

RECEBIDO: Valúia

DATA: 04 / 01 / 2024

CÁLCULO DO ISSQN

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

SETOR: Almoroux fido

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO: 5478 TERMO DE CONVÊNIO 002/2022 - T.A. 004/2023 // Cond. Pgto.:  
BCO.: 007 - BANCO DO BRASIL S/A // I-ME/EPP optante pelo Simples Nacional \* II- Não gera credito fiscal de IP/ICMS conf lei 123/2006 // PREZADO CLIENTE, A HIGIRIB NÃO ENVIA BOLETOS BANCÁRIOS POR E-MAIL, EM CASO DE DÚVIDAS ENTRE EM CONTATO COM NOSSO DEPARTAMENTO FINANCEIRO PELO TELEFONE (16) 3285-0150 // CONFIRA AS MERCADORIAS NO ATO DA ENTREGA, APÓS O RECEBIMENTO E ASSINATURA DO CANHOTO NÃO ACETAREMOS RECLAMAÇÕES. // Valor aprox. dos Tributos R\$ 680,36 (19,63%) Fonte: IBPT // ICMS PAGO ANTERIORMENTE POR SUBSTITUIÇÃO. - 0036 - 0052 - 0034 - 0037

RESERVADO AO FISCO

**FRAUDE DE BOLETOS FALSOS**  
**\*\*\* ATENÇÃO \*\*\***  
NOSSA EMPRESA NÃO ENVIA BOLETOS POR E-MAIL

Pedido 10.496 Vendedor 4 Pedido compra

DATA E HORA DA IMPRESSÃO 03/01/2024 AS 15:25:25h

Versão 03.02.00 NF-e 4.0 Desenvolvido por WWW.FLATAN.COM.BR



**\*\*\* AVISO IMPORTANTE \*\*\***  
 A FIGURIN INFORMA QUE NÃO  
 ENVA BOLETOS BANCÁRIOS  
 POR E-MAIL. OS BOLETOS  
 SEMPRE SEGUEM ANEXADOS  
 À NOTA FISCAL.

INFORMAÇÕES DE INTERESSE PARA O CONTRIBUÍVEL

1. O CONTRIBUÍVEL DEVERÁ RECEBER O BOLETO BANCÁRIO DE PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DE EMPLREGADO (CDE) DESEU EMPREGADOR, DE ACORDO COM O PRAZO ESTABELECIDO EM SEU CONTRATO DE TRABALHO.

2. O CONTRIBUÍVEL DEVERÁ RECEBER O BOLETO BANCÁRIO DE PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DE EMPREGADOR (CDE) DE SEU EMPREGADOR, DE ACORDO COM O PRAZO ESTABELECIDO EM SEU CONTRATO DE TRABALHO.

3. O CONTRIBUÍVEL DEVERÁ RECEBER O BOLETO BANCÁRIO DE PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DE EMPREGADOR (CDE) DE SEU EMPREGADOR, DE ACORDO COM O PRAZO ESTABELECIDO EM SEU CONTRATO DE TRABALHO.

4. O CONTRIBUÍVEL DEVERÁ RECEBER O BOLETO BANCÁRIO DE PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DE EMPREGADOR (CDE) DE SEU EMPREGADOR, DE ACORDO COM O PRAZO ESTABELECIDO EM SEU CONTRATO DE TRABALHO.

## BANCO BRASIL S.A. | 001-9 |

## Ficha Caixa

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>						Vencimento <b>09/02/2024</b>
Beneficiário <b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42 RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>						Agência / Código do Beneficiário <b>2665-4 / 045000-6</b>
Data do Documento <b>03/01/2024</b>	Número do Documento <b>12.378</b>	Espécie do Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>03/01/2024</b>		Nosso Número <b>31000500000008871</b>
Uso do Banco		Carteira <b>17</b>	Especie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor <b>3.465,60</b>	
Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* <b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 12,13 AO DIA.</b> <b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b> <b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b>						(-) Desconto/Abatimento  (+) Mora / Multa  (=) Valor Cobrado
Pagador		<b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187 RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 PONTAL/SP</b>		CNPJ/CPF <b>055.110.753/0001-41</b>	Bairro <b>CENTRO</b> CEP <b>14.180.000</b>	

Recebimento através de cheque Nº \_\_\_\_\_ do Banco \_\_\_\_\_ Autenticação Mecânica  
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo banco sacado

## BANCO BRASIL S.A. | 001-9 |

## Recibo do Pagador

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>						Vencimento <b>09/02/2024</b>
Beneficiário <b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42 RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>						Agência / Código do Beneficiário <b>2665-4 / 045000-6</b>
Data do Documento <b>03/01/2024</b>	Número do Documento <b>12.378</b>	Espécie do Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>03/01/2024</b>		Nosso Número <b>31000500000008871</b>
Uso do Banco		Carteira <b>17</b>	Especie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor <b>3.465,60</b>	
Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* <b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 12,13 AO DIA.</b> <b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b> <b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b>						(-) Desconto/Abatimento
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>FRAUDE DE BOLETOS FALSOS</b>  <b>*** ATENÇÃO ***</b>  <b>NOSSA EMPRESA NÃO ENVIA BOLETOS POR E-MAIL</b> </div>						_____
						_____
Pagador		<b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187 RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 PONTAL/SP</b>		CNPJ/CPF <b>055.110.753/0001-41</b>	Bairro <b>CENTRO</b> CEP <b>14.180.000</b>	

Destacar abaixo \_\_\_\_\_ Autenticação Mecânica

## BANCO BRASIL S.A. | 001-9 | 00190.00009 03100.050008 00008.871170 1 96210000346560

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>						Vencimento <b>09/02/2024</b>
Beneficiário <b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42 RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>						Agência / Código do Beneficiário <b>2665-4 / 045000-6</b>
Data do Documento <b>03/01/2024</b>	Número do Documento <b>12.378</b>	Espécie do Documento <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>03/01/2024</b>		Nosso Número <b>31000500000008871</b>
Uso do Banco		Carteira <b>17</b>	Especie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor <b>3.465,60</b>	
Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* <b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 12,13 AO DIA.</b> <b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b> <b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b>						(-) Desconto/Abatimento  (+) Mora / Multa  (=) Valor Cobrado
Pagador		<b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187 RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 PONTAL/SP</b>		CNPJ/CPF <b>055.110.753/0001-41</b>	Bairro <b>CENTRO</b> CEP <b>14.180.000</b>	
Sacador / Avalista						

Autenticação Mecânica / FICHA COMPENSAÇÃO



Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5478

## Pedido de Compra

<b>Tipo Pedido:</b> PRODUTO	<b>Fornecedor:</b> 108 - R MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME	<b>Data Ped:</b> 03/01/2024
<b>Prz.Entr:</b> 7 DIAS	<b>Cond.Pagto:</b> 35 DIAS	<b>Dt Env. Forn:</b>
<b>Centro de Custo:</b> 3 - ALMOXARIFADO	<b>Status do pedido:</b> Não Entregou	
<b>Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)</b>	<b>Situação do Item</b>	<b>No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)</b>
<b>Centro de Custo</b>	<b>Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =</b>	<b>Vlr.Total</b>
<b>Observação do Pedido</b>		
4688- 1 METALIC 2 5 LTS (SELADOR)-GALAO-	Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	4,0000 209,0000 0,0000 0,0000	836,0000
<b>Complemento do item</b>		
4702- 1 SPAR HT4 FLORAL(DETERGENTE CONC 5 LTS)-	Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	4,0000 275,0000 0,0000 0,0000	1.100,0000
<b>Complemento do item</b>		
4705- 1 METALIC 1 5 LTS (REMOVEDOR)-GALAO-	Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	4,0000 167,0000 0,0000 0,0000	668,0000
<b>Complemento do item</b>		
4706- 1 METALIC 3 5 LTS (IMPERMEABILIZANTE)-GALAO-	Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	4,0000 215,4000 0,0000 0,0000	861,6000
<b>Complemento do item</b>		

**Totais:**

	<b>Total Bruto dos itens:</b>	3.465,6000
	<b>Total Descontos dos itens:</b>	0,0000
	<b>Total IPI dos itens:</b>	0,0000
<b>Total dos Itens +</b>	<b>Encargo Pedido -</b>	<b>Desconto Pedido +</b>
3.465,6000	0,0000	0,0000
		<b>Frete Pedido =</b>
		0,0000
		<b>Total do Pedido</b>
		3.465,6000

  
\_\_\_\_\_  
COMPRAS

  
\_\_\_\_\_  
ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09016 00528.460330 26786.140009 4 96260000073710
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	MEC TOCA COM DIST LTDA
<b>Nome/Razão Social:</b>	MEC TOCA COM DIST LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	48.017.909/0001-89
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE SANTA CASA MISERICOR
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	14/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	737,10
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	737,10
<b>Valor Pago (R\$):</b>	737,10

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:08:38
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039083114
<b>Chave de segurança:</b>	Q8SKSE0C1PH333P5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**MEC TOCA COMERCIAL  
DISTRIBUIDORA LTDA**

RUA FLORENCIO DE ABREU, 845  
CENTRO  
RIBEIRAO PRETO - SP  
CEP: 14015-060  
Fone: (16)2111-7896



**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 793.148  
SÉRIE 003  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
**3524 0148 0179 0900 0189 5500 3000 7931 4817 3052 7183**

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135240101584936 15/01/2024 11:17:37**

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE/VENDA DE

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
582121948117

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ  
48.017.909/0001-89

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA PONTAL 00008887

CNPJ / CPF  
55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO  
15/01/2024

ENDEREÇO  
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO / DISTRITO  
CENTRO

CEP  
14180-000

DATA DA SAÍDA

MUNICÍPIO  
PONTAL

UF  
SP

TELEFONE / FAX  
(16)3953-1716

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

**LOCAL ENTREGA**

CNPJ / CPF  
55.110.753/0001-41

ENDEREÇO  
R ANANIAS COSTA FREITAS 753 - CENTRO - PONTAL - SP

**DUPLICATAS**

Número 001  
Vencimento 14/02/2024  
Valor R\$ 737,10

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
39,97	7,21	0,00	0,00	737,10	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	737,10

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
1 - DEST/REM

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE  
27

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS IPI
0000674	GRAMPO 26/6 C/5000 EAGLE GALVANIZADO 179 5400	83052000	200	5102	CX	3,00	4,38	13,14	13,14	2,37	0,00	18,00 0,00
0004625	PASTA L A4 PLAST 1134 CRISTAL 1134/A4.CR	42021210	060	5405	UN	10,00	0,80	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0036104	CAN MARC TEXTO MASTERPRINT AM 309020001	96082000	260	5405	UN	3,00	0,87	2,61	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0041908	CAN MARC TEXTO MASTERPRINT RS 309020003	96082000	260	5405	UN	3,00	0,87	2,61	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0061245	TECLADO USB LOGITECH K120 PR 503010070202	84716052	260	5405	UN	2,00	106,07	212,14	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0015733	ENV KRAFT 250X353 CX250 80G SKN035 SCRITY PL0220	48171000	060	5405	CX	4,00	98,83	395,32	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0002567	BLOCO ADES 76X102 100F NEON COLACRI AM 301A11C561C	48114990	200	5102	UN	2,00	5,36	10,72	10,72	1,93	0,00	18,00 0,00
0002558	BLOCO ADES 76X102 100F NEON COLACRI LR 301A11C551C	48114990	200	5102	UN	1,00	5,37	5,37	5,37	0,97	0,00	18,00 0,00
0071886	BLOCO ADES 76X102 100F NEON COLACRI AZ 301A11C571C	48114990	200	5102	UN	1,00	5,37	5,37	5,37	0,97	0,00	18,00 0,00
0007119	PASTA POLIONDA 55MM DELO CR 0963 H.0010	42021210	060	5405	PC	5,00	5,14	25,70	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
0002563	BLOCO ADES 76X102 100F NEON COLACRI RS 301A11C541C	48114990	200	5102	UN	1,00	5,37	5,37	5,37	0,97	0,00	18,00 0,00
0061242	MOUSE 3 BOT USB MS-35BK 302021730101	84716053	560	5405	UN	5,00	10,15	50,75	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

RECEBIDO: *Valéria*


**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Vendedor: 009 - CARLA APARECIDA MAGALHAES ROSS  
Digitador: 009 - CARLA APARECIDA MAGALHAES ROSS  
END ENTREGA: R ANANIAS COSTA FREITAS, 753-CENTRO--PONTAL-SP-14180000  
PEDIDO DE COMPRA 5514  
TERMO DE CONVENIO Nº 002/2022 T.A Nº 004/2023  
Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 139,22 Federal / R\$ 91,58 Estadual - Fonte: IBPT

DATA: 16/01/2024

SETOR: *Almoxarifado*

	<b>341-7</b>						<b>Recibo do Pagador</b>
Local de Pagamento <b>ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.</b>						Vencimento <b>14/02/2024</b>	
Beneficiário MEC TOCA COMERCIAL DISTRIBUIDORA LTDA 48.017.909/0001-89 RUA FLORENCIO DE ABREU, 845 CENTRO - RIBEIRAO PRETO - SP - 14015060						Agência/Cód. Beneficiário <b>0332/67861-4</b>	
Data do Documento <b>15/01/2024</b>	Nº do Documento <b>000000793148A</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>Não</b>	Data do Processamento <b>15/01/2024</b>		Carteira/Nosso Número <b>109/01005284-6</b>	
Uso do Banco		Carteira <b>109</b>	Esp. Moeda <b>R\$</b>	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento <b>R\$ 737,10</b>	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,25 por dia de atraso.  NÃO RECEBER APÓS 5 DIAS DE VENCIDO NÃO DISPENSAR JUROS E NÃO CONCEDER DESCONTOS REF. DOC.: 000000793148A-NF						(-) Desconto/Abatimento  (-) Outras Deduções  (+) Mora/Multa/Juros  (+) Outros Acréscimos  (=) Valor Cobrado	
Pagador 00008887 - IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA PONTAL R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL - SP				55.110.753/0001-41			
Sacador/Avalista:						109/01005284-6	
						Autenticação	

	<b>341-7</b>	<b>34191.09016 00528.460330 26786.140009 4 96260000073710</b>				
Local de Pagamento <b>ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.</b>						Vencimento <b>14/02/2024</b>
Beneficiário MEC TOCA COMERCIAL DISTRIBUIDORA LTDA 48.017.909/0001-89 RUA FLORENCIO DE ABREU, 845 CENTRO - RIBEIRAO PRETO - SP - 14015060						Agência/Cód. Beneficiário <b>0332/67861-4</b>
Data do Documento <b>15/01/2024</b>	Nº do Documento <b>000000793148A</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>Não</b>	Data do Processamento <b>15/01/2024</b>		Carteira/Nosso Número <b>109/01005284-6</b>
Uso do Banco		Carteira <b>109</b>	Esp. Moeda <b>R\$</b>	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento <b>R\$ 737,10</b>
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,25 por dia de atraso.  NÃO RECEBER APÓS 5 DIAS DE VENCIDO NÃO DISPENSAR JUROS E NÃO CONCEDER DESCONTOS REF. DOC.: 000000793148A-NF						(-) Desconto/Abatimento  (-) Outras Deduções  (+) Mora/Multa/Juros  (+) Outros Acréscimos  (=) Valor Cobrado
Pagador 00008887 - IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA PONTAL R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL - SP				55.110.753/0001-41		
Sacador/Avalista:						109/01005284-6

Autenticação mecânica / Ficha de Compensação



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 15/01/2024 09:49

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5514

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 41 - MEC TOCA PAPELARIA E INFORMATICA LTDA		Data Ped: 12/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 30 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo		Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =		Vlr.Total	
Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023					
4656- 1 POSTIT BLOCO ADESIVO NEON 38MM X 51MM-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	5,0000	5,3700	0,0000	0,0000	26,8500
Complemento do item NEON					
57782- 1 CANETA MARCA TEXTO AMARELA-UNIDADE-MARCA				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	3,0000	0,8700	0,0000	0,0000	2,6100
Complemento do item					
57800- 1 CANETA MARCA TEXTO ROSA-UNIDADE-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	3,0000	0,8700	0,0000	0,0000	2,6100
Complemento do item					
66606- 1 ENVELOPE PARDO 25X35-UNIDADE-MARCA				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	1.000,00	0,3953	0,0000	0,0000	395,3000
Complemento do item					
72308- 1 GRAMPO 26/06 C/5000 UNIDADES-CAIXA-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	3,0000	4,3800	0,0000	0,0000	13,1400
Complemento do item					
78566- 1 MOUSE USB-UND-MARCA DISPONVIEL				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	5,0000	10,1500	0,0000	0,0000	50,7500
Complemento do item					
80755- 1 PASTA EM L CRISTAL A4-UNIDADE-DAC				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	10,0000	0,8000	0,0000	0,0000	8,0000
Complemento do item					
80822- 1 PASTA POLIONDA GRANDE COM ELASTICO-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	5,0000	5,1400	0,0000	0,0000	25,7000
Complemento do item					
90955- 1 TECLADO USB (LOGITECH) -UND-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	2,0000	106,0700	0,0000	0,0000	212,1400
Complemento do item LOGITECH					

SIH-R<HCMP0004>

Emissão 15/01/2024 09:49

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

2

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5514

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 41 - MEC TOCA PAPELARIA E INFORMATICA LTDA      Data Ped: 12/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS      Cond.Pagto: 30 DIAS      Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO      Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)      Situação do Item      No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)

Centro de Custo      Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =      Vlr.Total

Observação do Pedido      TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023

Totais:

Total Bruto dos itens: 737,1000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido

737,1000      0,0000      0,0000      0,0000      737,1000

  
COMPRAS

  
ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
Conta de débito:	3472   003   00000989-0

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.04443 57600.000004 00001.401017 3 96210000195092
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MR DAMATTA PRODUTOS DE LIMPEZA E DESCART
Nome/Razão Social:	MR DAMATTA PRODUTOS DE LIMPEZA E DESCART
CPF/CNPJ:	53.058.224/0001-10
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	MR DAMATTA PRODUTOS DE LIMPEZA E DESCART
CPF/CNPJ:	53.058.224/0001-10
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	09/02/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/02/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.950,92
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.950,92
Valor Pago (R\$):	1.950,92

Data/hora da operação: 08/02/2024 14:08:23

Código da operação:	039083387
Chave de segurança:	XH2UCWARWF1AJQS8

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE MR DAMATTA PRODUTOS DE LIMPEZA E DESCARTAVEIS LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO  
EMIÇÃO: 10/01/2024 - DEST. / REM.: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL - VALOR TOTAL: R\$ 1.950,92

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000000069  
SÉRIE 000

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
**MR DAMATTA PRODUTOS DE LIMPEZA E DESCARTAVEIS LTDA**  
AVENIDA INDEPENDENCIA, 111 - VILA SEIXAS - CEP:14020-010 - RIBEIRAO PRETO - SP  
TEL: 002 5484

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0 - ENTRADA 1  
1 - SAÍDA 1  
Nº 000000069 fl. 1 / 2  
SÉRIE 000

CHAVE DE ACESSO  
3524 0153 0582 2400 0110 5500 0000 0000 6916 6066 4506

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135240066931399 10/01/2024 10:57:07

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL 132494950117 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ / CPF 53.058.224/0001-10

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
ENDEREÇO  
RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 HOSPITAL  
MUNICÍPIO PONTAL FONE / FAX (16)3953-1716 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL

CNPJ / CPF 55.110.753/0001-41 DATA DA EMISSÃO 10/01/2024  
BAIRRO / DISTRITO CENTRO CEP 14180-000 DATA SAÍDA / ENTRADA 10/01/2024  
HORA DA SAÍDA

FATURA

NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
29295	1.950,92	0,00	1.950,92

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.950,92

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.950,92

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
RAZÃO SOCIAL  
MAFFER DISTRIBUIDORA  
FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE  
CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF 33.484.717/0001-05  
ENDEREÇO  
AVENIDA PROFESSORA DINNA RIZZI, 2278  
MUNICÍPIO RIBEIRAO PRETO UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
20					

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.T.	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
Q.30	AROMATIZADOR AEROSOL 360ML - GLADE AGUAS FLORAIS 360ML Cod Barras:	33074900	0102	5102	UN	15,00	13,39	200,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
U.02	VASSOURA PLUMADA C/ CABO DE MADEIRA 1.20M Cod Barras:	96039000	0102	5102	UN	5,00	6,79	33,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Q.132	DETERGENTE 500ML - MINUANO/LIMPOL NEUTRO 500ML Cod Barras:	34025000	0500	5405	UN	15,00	2,42	36,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P.30	PAPEL HIG. 30MTS C/4UNI. FOLHA DUPLA - QUALITE-SUPERPEL Cod Barras:	48181000	0500	5405	UN	48,00	4,48	215,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P.105	PAPEL INT. LUXO 2D 20X21 C/1000 - MAFFER Cod Barras:	48181000	0500	5405	UN	50,00	10,10	505,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Q.062	SABAO EM PO 800G - ASSIM TRIPLACAO Cod Barras:	34013000	0500	5405	UN	3,00	10,26	30,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
D.9	ESPONJA DUPLA FACE 70X100 - JEITOSA Cod Barras:	68053090	0500	5405	UN	20,00	0,61	12,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
S.158	S. DE L. 100L PRETO P4 C/100 UN. Cod Barras:	39232910	0102	5102	UN	20,00	30,79	615,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
D.505	LUVA P/ LIMPEZA - SANRO TOP AMARELO G Cod Barras:	40151900	0102	5102	UN	25,00	9,70	242,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
N/ NUMERO DA O.C.:5484/ TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 - T. A N. 004/2023/ BOLETO EM ANEXO/ 29295

OBRIGADO PELA PREFERENCIA!  
Base PIS/COFINS Is.: 1950,92 Base PIS/COFINS Trib.: 0,00 PIS: 0,00 COFINS: 0,00  
Trib Aprox R\$ 5,39 (0,28%) Federal e R\$ 6,53 (0,33%) Estadual Fonte: IBPT - 33EABO

RESERVADO AO FISCO  
FAVOR CONFERIR O MATERIAL NO ATO DA ENTREGA, NÃO SERÃO ACEITAS RECLAMAÇÕES POSTERIORES.  
DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

ProCAF - Desenvolvido por Prodez (www.prodez.com.br)

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**MR DAMATTA PRODUTOS DE LIMPEZA E  
DESCARTAVEIS LTDA**

AVENIDA INDEPENDENCIA, 111 - VILA SEIXAS -  
CEP:14026-010 - RIBEIRAO PRETO - SP  
TEL:

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

**1**

Nº **000000069** fl. 2 / 2  
SÉRIE 000



CHAVE DE ACESSO

3524 0153 0582 2400 0110 5500 0000 0000 6916 6066 4506

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135240066931399 10/01/2024 10:57:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL

132494950117

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

53.058.224/0001-10

### CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CALC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS	
													ICMS	IPI
U.133	DISCO 350MM VERDE LIMPADOR - BETTANIN Cod Barras:	68053090	0102	5102	UN	2,00	19,65	39,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
U.39	DESENTUPIDOR P/ VASO SANITARIO C/ CABO Cod Barras:	96039000	0102	5102	UN	3,00	6,40	19,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

RECEBIDO: Valúia


DATA: 10 / 01 / 2024

SETOR: Almoxarifado

## CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

Não possui valor fiscal. Simples representação do evento indicado abaixo.  
CONSULTE A AUTENTICIDADE NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA.

### NOTA FISCAL ELETRÔNICA

MODELO 55	SÉRIE 000	NÚMERO 000.000.069	MÊS / ANO DA EMISSÃO 01/24	
CHAVE DE ACESSO 3524 0153 0582 2400 0110 5500 0000 0000 6916 6066 4506				

### CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

ORGAO 35	AMBIENTE PRODUÇÃO	DATA / HORA DO EVENTO 10/01/2024 10:59:38	
EVENO 110110	DESCRIÇÃO DO EVENTO Carta de Correcao	SEQUÊNCIA DO EVENTO 1	VERSÃO DO EVENTO
STATUS 135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	PROTOCOLO 135240066958178	DATA / HORA DO REGISTRO 10/01/2024 10:59:38	

### CONDIÇÕES DE USO

--

### CORREÇÃO

CORREÇÃO VENCIMENTO

09/02/2024



Linha de Pagamento

PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento

09/02/2024

Beneficiário

MR DAMATTA PRODUTOS DE LIMPEZA E DESCART - 53.058.224/0001-10  
AV INDEPENDENCIA, 111 - VILA SEIXAS - CEP: 14020-010 - RIBEIRAO PRETO - SP

Agência / Cod. Beneficiário

0824 / 000444576

Data do Documento

10/01/2024

No. do Documento

063

Espécie doc.

DM

Aceite

Não

Data Processamento

10/01/2024

Nosso Número

0000000000014

Uso do Banco

Carteira

Rápida com Registro

Espécie Moeda

REAL

Quantidade

1

(x) Valor

(-) Valor do Documento

1.950,92

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)  
MULTA APOS 10/02/2024 R\$ 58,52  
JUROS DIARIO DE R\$ 1,95

(-) Descontos/Abatimento

(+ ) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS PONTAL - 55.110.753/0001-41  
RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS 753 HOSPI  
PONTAL / SP - 14180-000

Beneficiário Final

MR DAMATTA PRODUTOS DE LIMPEZA E DESCART 53.058.224/0001-10



Autenticação Mecânica

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 11/01/2024 08:34

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5484

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 344 - MR DAMATA PROD. DE LIMPEZA E DEST		Data Ped: 04/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 35 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo		Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =			Vlr.Total
Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023					
4136- 1 BOM AR -FRASCO-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	15,0000	13,3900	0,0000	0,0000	200,8500
Complemento do item AGUAS FLORAIS					
4142- 1 DISCO VERDE 350MM-UNIDADE-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	2,0000	19,6500	0,0000	0,0000	39,3000
Complemento do item					
4146- 1 ESPONJA LAVAR LOUCA -UN-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	20,0000	0,6100	0,0000	0,0000	12,2000
Complemento do item					
4151- 1 LUVA SANRO GRANDE-PAR-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	25,0000	9,7000	0,0000	0,0000	242,5000
Complemento do item					
4154- 3 PAPEL HIGIENICO FOLHA DUPLA BRANCO-ROLO-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	192,0000	1,1200	0,0000	0,0000	215,0400
Complemento do item QUALITE					
4156- 1 PAPEL TOALHA P/MÃOS 100%CELULOSE PCT				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	50,0000	10,1000	0,0000	0,0000	505,0000
Complemento do item EXTRA LUXO					
4163- 3 SABAO EM PÓ KG-PACOTE 800GR-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	3,0000	10,2600	0,0000	0,0000	30,7800
Complemento do item					
4170- 1 SACO LIXO PRETO 100L P4 (PCT C/100)-PACOTE-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	20,0000	30,7900	0,0000	0,0000	615,8000
Complemento do item					
4185- 1 VASSOURA-UNIDADE-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	5,0000	6,7900	0,0000	0,0000	33,9500
Complemento do item					
4795- 1 DESENTUPIDOR VASO SANITÁRIO-UNIDADE-				Não Entregou	
(3) ALMOXARIFADO	3,0000	6,4000	0,0000	0,0000	19,2000
Complemento do item					

SIH-R<HCMP0004> Emissão 11/01/2024 08:34  
Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página

2

No. Pedido

5484

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 344 - MR DAMATA PROD. DE LIMPEZA E DEST Data Ped: 04/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS Cond.Pagto: 35 DIAS Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) Situação do Item No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)

Centro de Custo Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) = Vlr.Total

Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	Vlr.Total
64749- 1 DETERGENTE NEUTRO 500ML-UN-	Não Entregou		
(3) ALMOXARIFADO	15,0000	2,4200 0,0000 0,0000	36,3000

Complemento do item MINUANO

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.950,9200

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
1.950,9200	0,0000	0,0000	0,0000	1.950,9200

  
COMPRAS

  
ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0054 / 00000001274-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	DROGAL FARMACEUTICA LTDA FL 223
<b>CPF/CNPJ:</b>	54.375.647/0257-07
<b>Valor:</b>	R\$ 164,54
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	05 - Pagamento de Fornecedores
<b>Identificação da operação:</b>	6682
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	08/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	08/02/2024 14:05:53

<b>Código da operação:</b>	00123135
<b>Chave de segurança:</b>	ZFXYXS089NY7QLLQ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

DROGAL FARMACEUTICA LTDA FL 223  
FILIAL 223 - DROGAL PONTAL II  
AV MARIA LIDIA NEVES SPINOLA, 68  
CENTRO - PONTAL - SP  
CEP: 14180-000  
Fone: (13) 3429-1229

274  
5546

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA  
FISCAL ELETRONICA  
0 - ENTRADA / 1 - SAIDA **1**  
NR.: 6.682  
SÉRIE: 2  
Folha: 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3524 0154 3756 4702 5707 5500 2000 0066 8219 5493 1408  
CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E  
www.nfe-fazenda.gov.br/portal OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA  
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135240164829985 23/01/2024 16:01:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL 550051058112 INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 54.375.647/0257-07

DESTINÁRIO/REMETENTE  
NOME/RAZÃO SOCIAL IRMANDADE STA CASA DE MIS PONTAL CNPJ/CPF 55.110.753/0001-41 DATA DE EMISSÃO 23/01/2024 16:00:54

ENDEREÇO R R R ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 14180-000 DATA DE ENTRADA/SAÍDA 23/01/2024

MUNICÍPIO PONTAL UF SP FONE/FAX INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 16:00:54

FATURA/DUPLICATAS  
[Dup=001 Venc=22/02/2024 Valor=R\$ 164,54]

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	199,43	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR DO COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	34,89	0,00	0,00	0,00	164,54

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
NOME/RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA 9 - SEM FRETE CÓDIGO ANTT PLACA VEÍCULO UF CNPJ/CPF

ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE ESPECIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

Cód. produto	Descrição dos produtos / serviços	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	Quant	Valor unitário	Valor bruto total	Valor desconto	Base calc. ICMS	Aliq ICMS	Valor ICMS	Aliq IPI	Valor IPI
744	AEROLIN SPRAY 200 DS Lote=VA4B Val=28/02/2025 Qtde=7.000 Reg. ANVISA=1010702260031 PMC=26.90 ST MVA PORTARIA SRE N 064 ST Art. 274, RICMS-SP Imposto Recolhido por SubstituicaoCOFINS PIS/COFINS Alq. zero art. 457, IN 2121/2022 -- VALOR LIQUIDO UNITARIO 22.09 - PMPF 20.770	30049039	260	5405	UN	7	26,90	188,30	33,67					
50388	CLOR PROMETAZINA 25MG20C(G)TEU Lote=4053180 Val=31/07/2025 Qtde=1.000 Reg. ANVISA=1037006910021 PMC=11.13 ST ST Art. 274, RICMS-SP MVA PORTARIA SRE N 064 Imposto Recolhido por SubstituicaoCOFINS PIS/COFINS Alq. zero art. 457, IN 2121/2022 -- VALOR LIQUIDO UNITARIO 9.91 - PMPF 8.510	30049075	560	5405	UN	1	11,13	11,13	1,22					

RECEBIDO: le  
DATA: 24 / 01 / 24

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ORCAMENTO 60459 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023 - MVA PORTARIA SRE N 064 ST ART. 274, RICMS-SP IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO PIS/COFINS ALQ. ZERO ART. 457, IN 2121/2022 ST ART. 274, RICMS-SP MVA PORTARIA SRE N 064 IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO  
RESERVADO AO FISCO SETOR: Farmacia

SIH-R<HCMP0004> Emissão 23/01/2024 13:29  
Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página

1

No. Pedido

5546

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 274 - DROGAL FARMACEUTICA LTDA FL 223 Data Ped: 23/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS Cond.Pagto: 30 DIAS Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) Situação do Item No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)

Centro de Custo Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) = Vlr.Total

Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023

10868- 1 AEROLIN SPRAY 100MCG/200DOSES -FRASCO-	Não Entregou				
(4) FARMÁCIA	7,0000	26,9000	0,0000	0,0000	188,3000

Complemento do item

38052- 1 PROMETAZINA 25MG CPR-CPR-MARCA DISPONVIEL	Não Entregou				
(4) FARMÁCIA	20,0000	0,5565	0,0000	0,0000	11,1300

Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens: 199,4300

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
199,4300	0,0000	34,8900	0,0000	164,5400

  
COMPRAS

  
ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3149 / 00000306406-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COMERCIAL CIRURG RIOCLARENSE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	67.729.178/0004-91
<b>Valor:</b>	R\$ 2.265,31
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	05 - Pagamento de Fornecedores
<b>Identificação da operação:</b>	1814161
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	08/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	08/02/2024 14:07:08

<b>Código da operação:</b>	00111930
<b>Chave de segurança:</b>	VUFGHPGACMYRPVLF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Rioclarense

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº. 1814161 FL 1 / 2  
SÉRIE 1CHAVE DE ACESSO  
3524 0167 7291 7800 0491 5500 1001 8141 6118 4532 1488Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz AutorizadoraPROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135240053204205 08/01/2024 20:23:00

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

5491

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ  
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL

CNPJ / CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

08/01/2024

ENDEREÇO

RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

08/01/2024

MUNICÍPIO

PONTAL

FONE / FAX

1639531716

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1814161/1	12/02/2024	2.265,31						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.265,31	308,71	0,00	0,00	2.265,31	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.265,31

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANIT

PLACA DO VEÍCULO UF

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2260

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

3,00

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,05028

PESO BRUTO

17,909

PESO LÍQUIDO

17,909

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
031194	CEFALOTINA SÓDICA 1G (BLAU) L: 23101018 Q: 100,0000 F: 16/10/23 V: 31/10/2025	30042051	500	5102	FA	100,00	4,0957	409,57	409,57	73,72	0,00	18,00 0,00
024575	AMITRIPTILINA 25MG, CLORIDRATO (TEUTO) (ITEM GENÉRICO) L: 24441698 Q: 100,0000 F: 01/09/23 V: 01/09/2025 *** Forta ria 344/9% C1	30049039	000	5102	CP	100,00	0,0495	4,96	4,96	0,60	0,00	12,00 0,00
011014	BROMETO DE N-BUTILESC 20MG, DIPIR SOD 2,5 (HIPOLABOR) (ITEM GENEÉRICO) L: H-098/23 Q: 200,0000 F: 08/08/23 V: 31/07/2025, nFCI: 4015-45D7-1610-4F20-AF80-412710826D55	30049099	500	5102	AP	200,00	1,3661	273,22	273,22	32,79	0,00	12,00 0,00
030020	CETOPROFENO 100MG IM (HIPOLABOR) (ITEM GENEÉRICO) L: BG-029/23 Q: 500,0000 F: 17/10/23 V: 30/09/2025, nFCI: 131C442 1-095A-44DC-B4DB-CF89CA88DB53	30049029	500	5102	AP	500,00	1,1384	569,20	569,20	68,30	0,00	12,00 0,00
035032	CIPROFLOXACINO 200MG S.FECHADO (IALEX ISTAR) (ITEM GENEÉRICO) L: 3100013 Q: 60,0000 F: 03/10/23 V: 03/10/2025	30049069	000	5102	BO	60,00	7,0583	423,50	423,50	50,82	0,00	12,00 0,00
034799	LOSARTANA POTASSICA 50MG (NEO Q/HYP/BRAIN) (ITEM GENEÉRICO) L: B23G0135 Q: 60,0000 F: 07/07/23 V: 07/07/2025	30049069	000	5102	CP	60,00	0,0709	4,25	4,25	0,51	0,00	12,00 0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UNID.NEGOC: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. pedido: 5491 - TERMO DE CONVE#xCA;NIO NE#xBA, 002/2022 E#x2013; T. A NE#xBA; 004/2023 DATA ENTREGA: 09/01/2024 Pedido: 2704043 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 2704043 \*\*\* BANCO DO BRASIL - Ag. 3149-6 - C/C 306406-9 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO \*\*\* AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 04/05/2024 TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Codigo Interno Emitente: 2839 Nome Fantasia: IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL)

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO:

DATA:

SETOR:



Identificação do emitente



**COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA**  
 PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JAGUARUNA - SP  
 CEP 13916-074 - 1935225800

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA 1  
 1 - SAÍDA  
 N°. 1814161 FL 2 / 2  
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
**3524 0167 7291 7800 0491 5500 1001 8141 6118 4532 1488**

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DENTRO ESTADO**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135240053204205 08/01/2024 20:23:00**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**395060142110**

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
**67.729.178/0004-91**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
033386	PROMETAZINA 50MG/2ML,CLORIDRATO (HIPOLABOR) L: BL-011/23 Q: 100,0000 F: 16/02/23 V: 31/01/2025	30049079	000	5102	AP	100,00	2,0492	204,92	204,92	36,89	0,00	18,00	0,00
031605	ONDANSETRONA 8MG/4ML,CLORIDRATO (HIPOLABOR) (I TEM GENERICO) L: AQ-069/23 Q: 300,0000 F: 12/07/23 V: 30/06/2025	30049099	000	5102	AP	300,00	1,2523	375,69	375,69	45,08	0,00	12,00	0,00



## Política de Devolução

Visando melhorias e um processo mais organizado em nossos trâmites de devoluções de mercadorias, elencamos a seguir procedimentos indispensáveis para o bom andamento destas ocorrências.

### No ato da entrega:

- Conferir se os dados na etiqueta de destinatário (cor laranja) correspondem aos dados do cliente e número do DANFE referente a entrega que está sendo realizada;
- Conferir se a quantidade física está de acordo com o descrito no DANFE;
- Verificar externamente se os volumes apresentam sinais de violações e avarias;
- Em casos de medicamentos termolábeis deverá ocorrer a aferição de temperatura no ato do recebimento, seguindo as normas técnicas de manuseio de cadeia fria.

### No caso de irregularidades/não conformidades:

- De imediato entrar em contato com nosso SAC (serviço de atendimento ao cliente), para que seja identificada a ocorrência e dar início ao trâmite de retorno ao nosso Centro de Distribuição responsável, através do fone:

**Cliente Canal Público:** (19) 3522-5804

#### Clientes Canal Privado:

Clientes do Interior de São Paulo – (19) 3522-5808  
Cidade de São Paulo e Baixada Paulista – (11) 3646-5858  
Estados do Sul – (43) 3032-1050  
Demais Estados – (31) 3439-4300

- **Cliente deve efetuar a recusa no verso do DANFE e CT-e, seguem dispositivos legais:**

- Minas Gerais: Art. 10, Parte 1, Anexo IX, RICMS-MG.

- Paraná: Art. 319 e 445, RICMS-PR.

- Pernambuco: Cap. VII, RICMS-PE.

- São Paulo: Art. 453, RICMS-SP.

#### RIOCLARENSE

Avenida 62A, 419 – Jardim América – Fone (19) 3522-5800 – (19) 3522-5801/5802 – vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 13506-056 – Rio Claro – SP – CNPJ Nº 67.729.178/0001-49 – INSCR. EST. Nº 587.101.582.112

Praça Emílio Marconato, 1000, Galpão 22 - Núcleo Residencial Doutor João Nassif - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 13916 - 074 - Jaguariúna - SP - CNPJ Nº 67.729.178/0004-91 - INCR. EST. Nº 395.060.142.110

Rua Paulo Costa, 320, Galpões 09, 10 e 11. – Dist. Industrial – Jd. Piemont Sul – Fone (31) 3439-4300 – Fax: (31) 3439-4302/4303 – rioclarense@mg.rioclarense.com.br  
CEP: 32.669.712 – Betim – MG – CNPJ Nº 67.729.178/0002-20 – INSCR. EST. Nº 062.996.580.0021

Av. Joanna Rodrigues Jondral, 250, BL01, Galpão 04 - Cilo 2 - (43) 3032-1050 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 86067-050 - Londrina-PR - CNPJ Nº 67.729.178/0005-72 e INSCR. EST. Nº 90770533-17

Rodovia Empresário João Santos Filho, 689, Galpão C5 - Muribeca - Fone (19) 3522-5800 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 54.355-030 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CNPJ 67.729.178/0006-53 - INSCR. EST Nº 0867.098-60 E INSCR. MUNICIPAL: 997.913-1



- Na recusa mencionar de forma clara o motivo da devolução/rejeição, código do produto e quantidade devolvida, caso não sejam mencionadas essas informações, entende-se que se trata de devolução total (no caso de clientes não contribuintes de ICMS que não estão obrigados a emissão de nota fiscal);
- Para clientes **NÃO CONTRIBUINTE DE ICMS**, ou seja, que estejam **dispensados por Lei** da emissão de notas fiscais, **é possível a devolução parcial** com a mesma nota do fornecedor (no caso Rioclarense), desde que siga as orientações aqui destacadas e seja efetuada a recusa;
- Para clientes **CONTRIBUINTE DE ICMS (obrigados a emissão de nota fiscal)** **não é possível a realização de recusa parcial**, apenas total, sendo parcial a obrigatoriedade é de o cliente emitir a nota fiscal de devolução, mencionando o destinatário como Rioclarense, e, identificando quais são os produtos e quantidades devolvidas, e especificar o motivo em dados adicionais do DANFE.
- **PRAZO PARA DEVOLUÇÃO SERÁ DE 48 HORAS APÓS O RECEBIMENTO.**

#### **MODALIDADE DE COMPRAS NO E-COMMERCE - PROCEDIMENTO**

- Conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor art. 49, os produtos poderão ser devolvidos em até **7 (sete) dias** após o recebimento do pedido. Sendo que o pagamento do frete para retorno da mercadoria será de responsabilidade da Rioclarense.
- No caso de clientes pessoas físicas (e-commerce Rioclarense Paraná), realizar a recusa no verso da nota fiscal (DANFE), escrita a punho, narrando o motivo da devolução, informar nome completo, assinatura e data.
- Dúvidas, consultar nosso SAC - E-commerce através do telefone **0800-283-6071**

**OBS.: todas as recusas devem ser escritas a punho, com a data, assinatura, nome legível e carimbo da empresa responsável. Na falta do carimbo, informar um número de RG ou CPF válido. Sem essas informações não será possível dar andamento ao processo!**

#### **Atenciosamente, Comitê de Procedimentos Rioclarense**

##### RIOCLARENSE

Avenida 62A, 419 - Jardim América - Fone (19) 3522-5800 - (19) 3522-5801/5802 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 13506-056 - Rio Claro - SP - CNPJ N° 67.729.178/0001-49 - INSCR. EST. N° 587.101.582.112

Praça Emílio Marconato, 1000, Galpão 22 - Núcleo Residencial Doutor João Nassif - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 13916 - 074 - Jaguariúna - SP - CNPJ N° 67.729.178/0004-91 - INCR. EST. N° 395.060.142.110

Rua Paulo Costa, 320, Galpões 09, 10 e 11. - Dist. Industrial - Jd. Piemount Sul - Fone (31) 3439-4300 - Fax: (31) 3439-4302/4303 - rioclarense@mg.rioclarense.com.br  
CEP: 32.669.712 - Belim - MG - CNPJ N° 67.729.178/0002-20 - INSCR. EST. N° 062.996.580.0021

Av. Joanna Rodrigues Jondral, 250, BL01, Galpão 04 - Cilo 2 - (43) 3032-1050 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 86067-050 - Londrina-PR - CNPJ N° 67.729.178/0005-72 e INSCR. EST. N° 90770533-17

Rodovia Empresário João Santos Filho, 689, Galpão C5 - Muribeca - Fone (19) 3522-5800 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 54.356-030 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CNPJ 67.729.178/0006-53 - INSCR. EST N° 0867.098-60 E INSCR. MUNICIPAL: 997.913-1

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 09/01/2024

07:24

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5491

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 4 - COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA		Data Ped: 08/01/2024		
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 35 DIAS		Dt Env. Forn:		
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou				
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)		
Centro de Custo		Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =				Vlr.Total
Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023						
11927- 1	AMITRIPTILINA 25MG CP-CRP-MARCA DISPONVIEL		Não Entregou			
(4)	FARMÁCIA	100,0000	0,0496	0,0000	0,0000	
Complemento do item					4,9600	
15878- 1	CEFALOTINA SÓDICA 1G FR (KEFLIN)-FRA. AMP-		Não Entregou			
(4)	FARMÁCIA	100,0000	4,0957	0,0000	0,0000	
Complemento do item					409,5700	
16551- 1	CETOPROFENO 50MG/ML IM AMP 2ML-AMP-MARCA		Não Entregou			
(4)	FARMÁCIA	500,0000	1,1384	0,0000	0,0000	
Complemento do item					569,2000	
17048- 1	CIPROFLOXACINO 2MG/ML EV BOLSA 100ML-		Não Entregou			
(4)	FARMÁCIA	60,0000	7,0583	0,0000	0,0000	
Complemento do item					423,4980	
23048- 1	BUTIL. DE ESCOPOLAMINA+ DIPIRONA AMP 5ML		Não Entregou			
(4)	FARMÁCIA	200,0000	1,3661	0,0000	0,0000	
Complemento do item					273,2200	
30624- 1	LOSARTAN POTASSICA 50MG CP-CPR-MARCA		Não Entregou			
(4)	FARMÁCIA	60,0000	0,0709	0,0000	0,0000	
Complemento do item					4,2540	
35351- 1	ONDANSETRONA 8MG/ML 4ML AMP-AMP-MARCA		Não Entregou			
(4)	FARMÁCIA	300,0000	1,2523	0,0000	0,0000	
Complemento do item					375,6900	
38064- 1	PROMETAZINA 25MG/ML AMP 2ML-AMP-MARCA		Não Entregou			
(4)	FARMÁCIA	100,0000	2,0492	0,0000	0,0000	
Complemento do item					204,9200	


Totais:

Total Bruto dos itens: 2.265,3120

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
2.265,3120	0,0000	0,0000	0,0000	2.265,3120


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Rebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	74891.12412 00021.307186 82079.261085 8 96210000416000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A
<b>Código do Banco:</b>	748
<b>Código do ISPB:</b>	01181521
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>47.080.235/0001-02</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM SANTA CASA MIS PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	09/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Bolet</b>	4.160,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	4.160,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	4.160,00

**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:08:57

**Código da operação:** 039082897  
**Chave de segurança:** RQV7HG2539WLK9JM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
**LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE LTDA**

Avenida 13 de maio, 305  
F Bairro: Vila Santa Edwiges  
13874-235 Sao Joao da Boa Vista - SP  
Fone: (19)3631-1979

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0 - ENTRADA **1**  
1 - SAÍDA  
**Nº 1.201**  
**SÉRIE: 1**  
**FOLHA: 1/1**

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524.0147.0802.3500.0102.5500.1000.0012.0110.0006.0450

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

DADOS DA NF-e

135240024315969 - 04/01/2024 15:59:46

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**5405 VENDA MER SUBST DENTRO DO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

639.197.316.110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

47.080.235/0001-02

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ

55.110.753/0001-41

DATA EMISSÃO

04/01/2024

ENDEREÇO

R ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DA SAÍDA

04/01/2024

MUNICÍPIO

Pontal

FONE / FAX

(016)3953-9100

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

15:59:41

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CPF/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

09/02/24 - 4160,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

4.160,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

4.160,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
0-EMITENTE  
1-DESTINATÁRIO

0

CÓDIGO ANNT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

45

ESPECIE

volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,0000

PESO LÍQUIDO

0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CSZ CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC. UNIT. / PERC.	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
67 30049099	SOLUCAO FISIOLÓGICO 100 ML Lote: 404823 - 08/12/2025 Qtd: 500,00 / CEST: 13.004.00	060 5405	BOL	500,0000	3,4000	0,0000 0,0000%	1.700,00	0,00	0,00 0,00	0,00	0,00	0,00
72 30049099	SOLUCAO FISIOLÓGICO 1000 ML Lote: 981223 - 05/12/2025 Qtd: 300,00 / CEST: 13.004.00	060 5405	BOL	300,0000	6,8000	0,0000 0,0000%	2.040,00	0,00	0,00 0,00	0,00	0,00	0,00
78 30049099	SOLUCAO GLICOFISIOLÓGICA 500 ML BOLSA Lote: 940523 - 20/09/2025 Qtd: 20,00 / CEST: 13.004.00	060 5405	BOL	20,0000	5,4000	0,0000 0,0000%	108,00	0,00	0,00 0,00	0,00	0,00	0,00
79 30049099	SOLUCAO GLICOFISIOLÓGICA 1000 ML BOLSA Lote: 973523 - 23/11/2025 Qtd: 40,00 / CEST: 13.004.00	060 5405	BOL	40,0000	7,8000	0,0000 0,0000%	312,00	0,00	0,00 0,00	0,00	0,00	0,00

RECEBIDO: *Lania*

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

TERMO DE CONVENIO N 002/2022-T.A N 004/2023 / Tributo aproximado R\$: 559,52 Federal R\$: 553,28 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVAÇÃO AO FISCO

DATA: *05/01/24*

SETOR: *farmacia*

## INFORMATIVO



748-X

## Recibo do Pagador

Local de Pagamento <b>Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.</b>					Vencimento <b>09/02/2024</b>	
Beneficiário <b>LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE</b>				CNPJ/CPF <b>47080235000102</b>	Agência / Código do Beneficiário <b>0718.82.07926</b>	
Data do Documento <b>04/01/2024</b>	Nº do Documento <b>1201</b>	Espécie Doc. <b>DMI</b>	Aceite <b>N</b>	Data de Processamento <b>04/01/2024</b>	Nosso Número / Cód. do Documento <b>24/100021-3</b>	
Espécie Moeda <b>REAL</b>	Quantidade Moeda		Valor Moeda		(=) Valor do Documento <b>R\$4.160,00</b>	
Instruções					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador <b>IRM SANTA CASA MIS PONTAL - 55110753000141</b> <b>PONTAL SP 14180000</b> <b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 -</b>						
Beneficiário Final					Código de Baixa	

Recebimento através do cheque Nº:

Do banco:

Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.



748-X

74891.12412 00021.307186 82079.261085 8 96210000416000

Local de Pagamento <b>Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.</b>					Vencimento <b>09/02/2024</b>	
Beneficiário <b>LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE</b>				CNPJ/CPF <b>47080235000102</b>	Agência / Código do Beneficiário <b>0718.82.07926</b>	
Data do Documento <b>04/01/2024</b>	Nº do Documento <b>1201</b>	Espécie Doc. <b>DMI</b>	Aceite <b>N</b>	Data de Processamento <b>04/01/2024</b>	Nosso Número <b>24/100021-3</b>	
Espécie Moeda <b>REAL</b>	Quantidade Moeda		Valor Moeda		(=) Valor do Documento <b>R\$4.160,00</b>	
Instruções					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador <b>IRM SANTA CASA MIS PONTAL - 55110753000141</b> <b>PONTAL SP 14180000</b> <b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 -</b>						
Beneficiário Final					Código de Baixa	



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

SIH-R<HCMP0004> Emissão 04/01/2024 08:23  
Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página

1

No. Pedido

5479

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO	Fornecedor: 330 - LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE LTDA	Data Ped: 04/01/2024
Prz.Entr: 7 DIAS	Cond.Pagto: 35 DIAS	Dt Env. Forn:
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA	Status do pedido: Não Entregou	
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)
Centro de Custo	Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido		
40885- 1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 100ML-BOLSA- (4) FARMÁCIA	Não Entregou 500,0000 3,4000 0,0000 0,0000	1.700,0000
Complemento do item		
40897- 1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 1000ML -BOLSA- (4) FARMÁCIA	Não Entregou 300,0000 6,8000 0,0000 0,0000	2.040,0000
Complemento do item		
41038- 1 SORO GLICOFISIOLÓGICO BOLSA 1000ML-BOLSA- (4) FARMÁCIA	Não Entregou 40,0000 7,8000 0,0000 0,0000	312,0000
Complemento do item		
41041- 1 SORO GLICOFISIOLÓGICO BOLSA 500ML -BOLSA- (4) FARMÁCIA	Não Entregou 20,0000 5,4000 0,0000 0,0000	108,0000
Complemento do item		

Totais:

	Total Bruto dos itens:	4.160,0000
	Total Descontos dos itens:	0,0000
	Total IPI dos itens:	0,0000
Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido =	Total do Pedido	
4.160,0000 0,0000 0,0000 0,0000		4.160,0000

  
\_\_\_\_\_  
COMPRAS

  
\_\_\_\_\_  
ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 03526.121003 00004.256178 8 96280000106250
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>04.274.988/0001-38</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORD
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	16/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.062,50
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.062,50
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.062,50

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:10:04
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039082086
<b>Chave de segurança:</b>	1028LPH2MRSZM804

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA HUMAITA, 290  
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680  
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.110.608  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 0104 2749 8800 0138 5500 1000 1106 0810 2239 7025

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135240109471367 - 16/01/2024 08:53:25

NATURIZAÇÃO DA OPERAÇÃO

**VENDA**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

582596876113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

CNPJ / CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

16/01/2024

ENDEREÇO

**R ANANIAS COSTA FREITAS, 753**

BAIRRO / DISTRITO

**CENTRO**

CEP

14180-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

**PONTAL**

UF

FONE / FAX

SP

1639531716

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Num. 001

Venc. 16/02/2024

Valor R\$ 1.062,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASIF. CÁLC. ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASIF. CÁLC. ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
925,00	134,35	0,00	0,00	0,00	0,00	1.062,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.062,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

**PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA**

FRETE POR CONTA

**0-Remetente**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

12.270.745/0004-00

ENDEREÇO

**ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330**

MUNICÍPIO

**SUMARE**

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SP

671495090114

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

**Volumes**

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

7,090

PESO LÍQUIDO

7,090

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
45203	DUCODIL 5MG CT C/ 20 CP REV/CIMED S- PmPF: 8,17 PMC: 0,51 Lote: 2305778 Qt: 20 Fab: 13/01/23 Val: 13/01/25	30039079	000	5102	CP	20	0,1000	2,00	2,00	0,36			18,00	
36202	GLICONATO DE CALCIO 10% SOL INJ IV 10ML CX C/ 200 AP/ISOFARMA O+ PMC: 2,88 Lote: 3080504 Qt: 200 Fab: 23/08/23 Val: 23/08/25	30049099	020	5102	AP	200	1,6500	330,00	192,50	23,10			12,00	
49854	KOLLAGENASE C/ CLORANFENICOL POM DERM BISN 30G CX C/ 10 BG/CRISTALIA S+ PMC: 73,09 Lote: 23090369 Qt: 30 Fab: 02/09/23 Val: 01/09/25 FCI:691B9F9F-814B-4602-8BFF-46D3258BBE94	30049019	500	5102	BG	30	11,8100	354,30	354,30	63,77			18,00	
48364	LACTULOSE 667MG/ML XPE SOL ORAL 120ML + CP MED (SABOR AMEIXA)/NUTRIEX/POLIMAIS Lote: 0144282304 Qt: 6 Fab: 05/05/23 Val: 04/05/25 FCI:08EE644A-B0D6-4913-B914-935E194F460B	21069030	500	5102	FR	6	5,5000	33,00	33,00	5,94			18,00	
53554	OMEPRAZOL 40MG PO P/ SOL INJ (GEN) CX C/ 20 FA + 20 AP DIL 10ML/BLAU G- PMC: 44,86 Lote: 23081147 Qt: 60 Fab: 11/07/23 Val: 11/07/25 FCI:7D8D00DC-09FC-4B4F-8F84-016674BF1692	30049069	500	5102	FA	60	5,7200	343,20	343,20	41,18			12,00	

RECEBIDO:

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:  
PEDIDO 5524 - TERMO DE CONVENIO No 002/2022 T. A No 004/2023  
Vendedor: 162-ATIVA REGIAO 16 - MARUI Id Mov:2239702  
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4  
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0  
PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38  
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"

Inf. fisco:  
Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 142,90 Estadual: R\$ 129,48 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT  
(A) RED. BASE DE CALCULO ICMS - CONF DECRETO 58.895 DE 21.03.2013

RESERVADO AO FISCO

DATA:

17 / 01 / 2024

SETOR:

**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA HUMAITÁ, 290  
 Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP  
 Fone:(16)3993-9100

**BANCO DO BRASIL****RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP - 04.274.988/0001-38	Agência/Cod.Beneficiário <b>3370-7/0026500-4</b>	Data do Documento <b>16/01/2024</b>	Vencimento <b>16/02/2024</b>
Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575) R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL-SP	Número Documento: <b>110608-01</b>	Nosso Número: 35261210000004256	Valor do Documento: <b>1.062,50</b>



**Autenticação Mecânica****BANCO DO BRASIL****001-9****00190.00009 03526.121003 00004.256178 8 96280000106250**

Local de Pagamento:					Vencimento <b>16/02/2024</b>
Beneficiário <b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA - 04.274.988/0001-38</b>					Agência/Cód.Beneficiário <b>3370-7/0026500-4</b>
Endereço Beneficiário <b>RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP</b>					
Data do documento: <b>16/01/2024</b>	No. do documento <b>110608-01</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>16/01/2024</b>	Nosso Número <b>35261210000004256-3</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie Moeda <b>RS</b>	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento <b>1.062,50</b>
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R\$ 0,71 AO DIA PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R\$ 21,25 PROTESTAR 2 DIAS APOS VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento  (-) Outras Deduções  (+) Mora/Multa  (+) Outros Acrêscimos  (=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)  
 R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO  
 14180-000 - PONTAL-SP  
 55.110.753/0001-41

**Ficha de Compensação****Autenticação Mecânica**

Declaro ter recebido 316 unidade(s)/ 2 volumes de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA (04.274.988/0001-38) os produtos constantes da nota fiscal 000110608 serie 001 e pedido 2239702 de 16/01/2024  
Pedido fornecedor:  
Reclamações/Devoluções:  
Prazo máximo 24 horas do recebimento

CIDADE <b>PONTAL-SP</b>		ROTA	
CLIENTE <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>		CNPJ <b>55.110.753/0001-41</b>	
TRANSPORTADORA <b>PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA</b>			
NOTA 	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO 

#### Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000110608

Avaria  Falta  Excedente  Desacordo

Item: \_\_\_\_\_

Quantidade: \_\_\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

No caso de avarias:  Avaria caixa interna  Avaria caixa externa

No caso de falta:  Falta de volume  Falta interna de produto

#### Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000110608

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes.

Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5524

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 148 - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA (RPO)		Data Ped: 15/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 30 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo		Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =			Vlr.Total
Observação do Pedido					
14394- 1 BISACODIL 5MG CPR-CRP-MARCA DISPONVIEL			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	20,0000	0,1000	0,0000	0,0000	2,0000
Complemento do item					
26360- 1 GLICONATO DE CALCIO 10% AMP 10ML-AMP-			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	200,0000	1,6500	0,0000	0,0000	330,0000
Complemento do item					
28964- 2 KOLLAGENASE C/CLORANF 30 GR POM -TUBO 30G-			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	30,0000	11,8100	0,0000	0,0000	354,3000
Complemento do item					
29051- 2 LACTULONA SUSP 120ML FR-FRASCO 120-MARCA			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	6,0000	5,5000	0,0000	0,0000	33,0000
Complemento do item					
35221- 1 OMEPRAZOL 40MG EV FR-FRA. AMP-MARCA			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	60,0000	5,7200	0,0000	0,0000	343,2000
Complemento do item					

Totais:

		Total Bruto dos itens:		1.062,5000
		Total Descontos dos itens:		0,0000
		Total IPI dos itens:		0,0000
Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
1.062,5000	0,0000	0,0000	0,0000	1.062,5000


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

**Banco Recebedor:** CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
**Pagador Final / Efetivo**  
**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41  
**Nome:** IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL  
**Conta de débito:** 3472 | 003 | 00000989-0

**Histórico do Pagamento:** PG BLOQTO  
**Representação numérica do código de barras:** 34191.09008 37193.518927 82179.030000 1 96240000055000  
**Instituição Emissora - Nome do Banco:** ITAU UNIBANCO S.A.  
**Código do Banco:** 341  
**Código do ISPB:** 60701190  
**Beneficiário original / Cedente**  
**Nome Fantasia:** HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA  
**Nome/Razão Social:** HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA  
**CPF/CNPJ:** 11.872.656/0001-10  
**Pagador Sacado**  
**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41  
**Pagador Final - Correntista**  
**Nome/Razão Social:** IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL  
**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41

**Data do Vencimento:** 12/02/2024  
**Data de Efetivação / Agendamento:** 08/02/2024  
**Valor Nominal do Boleto:** 550,00  
**Juros (R\$):** 0,00  
**IOF (R\$):** 0,00  
**Multa (R\$):** 0,00  
**Desconto (R\$):** 0,00  
**Abatimento (R\$):** 0,00  
**Valor Calculado (R\$):** 550,00  
**Valor Pago (R\$):** 550,00

**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:09:30

**Código da operação:** 039082573  
**Chave de segurança:** 1TCFFKPJS8LS2AQJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**HDL LOGISTICA HOSPITALAR**  
 Av INGLATERRA N.49  
 Bairro TIBERY,UBERLANDIA, MG  
 Fone: (34) 3221-5300, CEP:38405050

**DANFE**  
 Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA

Nº 454.157  
 SERIE 1 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
**3124 0111 8726 5600 0110 5500 1000 4541 5719 2758 4374**

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**0015881100069**

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
**813014730110**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**131245761051559 08/01/2024 18:55:03**

NOME/RAZÃO SOCIAL  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

ENDEREÇO  
**R ANANIAS COSTA FREITAS Nº 753**

MUNICÍPIO  
**PONTAL**

BAIRRO/DISTRITO  
**CENTRO**

UF  
**SP**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**14.180-000**

CNPJ  
**11.872.656/0001-10**

DATA DA EMISSÃO  
**08/01/2024**

35 | BOL-001 Venc=12/02/2024 Valor=550,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS  
**550,00**

VALOR DO ICMS  
**66,00**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
**0,00**

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
**0,00**

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
**550,00**

VALOR DO FRETE  
**0,00**

VALOR DO SEGURO  
**0,00**

DESCONTO  
**0,00**

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS  
**0,00**

VALOR DO IPI  
**0,00**

VALOR TOTAL DA NOTA  
**550,00**

RAZÃO SOCIAL  
**MOVIMENTO EXPRESS, COM, SERV, LOGISTICA, LOCAÇÕES &**

ENDEREÇO  
**AV ANHANGUERA N. KM320 GAL A UNID I**

MUNICÍPIO  
**RIBEIRÃO PRETO**

UF  
**SP**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**797530195111**

QUANTIDADE  
**2,00**

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO  
**1818906**

PESO BRUTO  
**1,6550 Kg**

PESO LÍQUIDO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.DESCONTO	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	AL. ICMS	AL. IPI
877	CISATRACURIO ( CIS ) 10 MG 5 ML C/ 5 AMP - IV   401036   1029804040013   CRISTALIA   Lote: 23080864 D.Fab: 04/08/23 D.Val: 04/08/25   0,0000 Referencia:401036	30049099	500	6108	UN	5	50,00000	0,00	0,00	250,00	250,00	30,00	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00
374	POLIVITAMINICO (HYPLEX -B) C/100 AMP -ML - USO AD - VIA IV/IM   41010120   41010250   1038706290012   HYPOFARMA   Lote: 23101493 D.Fab: 30/10/23 D.Val: 31/10/25   0,0000Referencia:41010250	30039019	000	6108	UN	3	100,00000	0,00	0,00	300,00	300,00	36,00	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00

RECEBIDO: Raquel

DATA: 09/01/24

SETOR: Farmacia

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
**0,00**

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS  
**0,00**

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN  
**0,00**

VALOR DO ISSQN  
**0,00**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 PEDIDO 5494 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 T. A. N. 004/2023 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$33,00 + FCF R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

RESERVA DE LEGISLAÇÃO



**HDL LOGISTICA HOSPITALAR**  
 Av INGLATERRA N.40  
 Bairro TIBERY,UBERLANDIA, MG  
 Fone: (34) 3221-5300, -CEP:38405050

<b>DANFE</b>	
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
0 - ENTRADA	1
1 - SAIDA	
Nº 454.157	
SÉRIE	1 FOLHA 2/1

CHAVE DE ACESSO	
3124 0111 8726 5600 0110 5500 1000 4541 5719 2758 4374	
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora	
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
131245761051559 08/01/2024 18:55:03	
CNEJ	11.872.656/0001-10

NATUREZA DA OPERAÇÃO	VENDE DE MERC ADQ DE TERCEIRO
INSCRIÇÃO ESTADUAL	0015281100069
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	813014730110

## Política de Devolução

A HDL Logística Hospitalar Ltda vem através desta orientar sobre o recebimento de nossos produtos e sua Política de Devolução.

É imprescindível a conferência da mercadoria no ato da entrega, pois caso aja alguma ocorrência ou irregularidade elas devem estar descritas no documento da transportadora para que se possam apurar os fatos e tomar as medidas cabíveis em relação ao ocorrido.

Solicitamos que no momento do desembarque o responsável pela conferência da NF e carga, aja da seguinte maneira:

- Verifique se o Número de Volumes corresponde ao número de volumes descrito na nota fiscal;
- Verifique se as Etiquetas de Despacho nos produtos correspondem à nota fiscal recebida;
- Verifique se a Embalagem Externa está intacta, inviolada, seca e sem qualquer tipo de dano aparente;
- Para Produto Termolábil(2 A 8°C) abra a caixa e verifique a temperatura;
- Fotografe sempre que possível divergências encontradas;

**NÃO ACEITAREMOS DEVOLUÇÕES DE PRODUTOS APÓS 03 (TRÊS) DIAS DA DATA DE SEU RECEBIMENTO PELO CLIENTE. CASO O CLIENTE RECEBA PRODUTO TERMOLÁBIL COM ALGUMA OCORRÊNCIA/IRREGULARIDADE, DEVERÁ SER DEVOLVIDO NO ATO DA ENTREGA, UMA VEZ QUE A HDL NÃO RECEBERÁ TAIS PRODUTOS APÓS A ENTREGA EFETIVAMENTE REALIZADA.**

Seguem abaixo modelos de observações a fazer como ressalva no verso do CTE (Conhecimento de Transporte Eletrônico) e no canhoto da DANFE (Documento Auxiliar Nota Fiscal Eletrônica) que deverá ser realizado no momento do recebimento, somente desta forma as transportadoras reconhecem a avaria.

### EM CASO DE RECEBIMENTO COM AVARIAS/DESVIO DE TEMPERATURA:

“Declaro estar recebendo a carga da NF xxx, com quantidade(s) xxxdo(S) lote(S) xxx avariada (descrever tipo de avaria)”carimbo, assinatura e data. Encaminhar uma cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.

### EM CASO DE RECEBIMENTOS PARCIAIS:

“Declaro estar recebendo a carga da NF xxx, com xxx a menos lote(S) xxx. Do total de xxx estão sendo entregue(s) apenas xxxx lote(S) xxx” carimbo, assinatura e data. Encaminhar cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.

### CASO DE RECUSA:

“Declaro não ter recebido o material referente à NF xxx, por conta de estar (em) com o(S) seguinte(s) problema(S): xxxxxxxxxx.” Encaminhar cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.





BANCO ITAU S/A

| 341-7 |

34191.09008 37193.518927 82179.030000 1 96240000055000

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA		CNPJ/CPF 11.872.656/0001-10		Sacador Avalista		Vencimento: 12/02/2024	
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista Av INGLATERRA,40 TIBERY UBERLÂNDIA - MG 38.405-050							
Nosso Número 109/00371935-1		Carteira 109	Espécie DM	Quantidade		Valor	Agência/Código Beneficiário 8928/21790-3
Data do Documento 08/01/2024		Número do Documento 454157 - 1		Espécie do Documento	Aceite N	Data Processamento 08/01/2024	Valor do Documento 550,00

Autenticação Mecânica



BANCO ITAU S/A

| 341-7 |

34191.09008 37193.518927 82179.030000 1 96240000055000

Local do Pagamento: <b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ</b> <b>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ</b>						Vencimento: 12/02/2024	
Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA				CNPJ/CPF 11.872.656/0001-10		Agência/Código Beneficiário 8928/21790-3	
Data do Documento 08/01/2024		Número do Documento 454157 - 1		Esp.Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 08/01/2024	Nosso Número 109/00371935-1
Uso do Banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento 550,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.  APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 11,00 APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 1,10 POR DIA DE ATRASO.  PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO DEPOSITO C/C, SE NAO AUTORIZADO, NAO QUITA O DEBITO.						(-) Desconto/Abatimento	
						(+ ) Mora/Multa	
						(+ ) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 14.180-000-PONTAL -SP Sacador/Avalista							

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



SIH-R<HCMP0004> Emissão 08/01/2024 16:26  
Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página  
1  
No. Pedido  
5494

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG)      Data Ped: 08/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS      Cond.Pagto: 35 DIAS      Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA      Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)      Situação do Item      No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)  
Centro de Custo      Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =      Vlr.Total

Observação do Pedido

17103- 1 CISATRACURIO 10MG/5ML AMP 5ML (NIMBIUM)-      Não Entregou  
(4) FARMÁCIA      25,0000      10,0000      0,0000      0,0000      250,0000

Complemento do item

18636- 1 COMPLEXO B 2ML AMP-AMP-MARCA DISPONVIEL      Não Entregou  
(4) FARMÁCIA      300,0000      1,0000      0,0000      0,0000      300,0000

Complemento do item

Totais:      Total Bruto dos itens: 550,0000  
Total Descontos dos itens: 0,0000  
Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido  
550,0000      0,0000      0,0000      0,0000      550,0000

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Recebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23791.49707 21497.002051 16008.636801 2 96320000067812
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	MED CENTER COMERCIAL LTDA
<b>Nome/Razão Social:</b>	MED CENTER COMERCIAL LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	00.874.929/0001-40
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	20/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Bolet:</b>	678,12
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	678,12
<b>Valor Pago (R\$):</b>	678,12

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:09:47
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039082292
<b>Chave de segurança:</b>	517UJNN6WFNU7ZCF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

**MED CENTER COMERCIAL LTDA**

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges  
Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950  
www.medcentercomercial.com.br

**DANFE**  
DOCUMENTO  
AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



CHAVE DE ACESSO:  
3124 0100 8749 2900 0140 5500 1000 5223 3017 0982 6065

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA **1**  
Nº: **000522330**  
SÉRIE: **1**  
FOLHA: **1/1**

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108**  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**5259495840034**  
DESTINATÁRIO / REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
**( 14112 ) - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**  
C.N.P.J / C.P.F.  
**55.110.753/0001-41**  
DATA EMISSÃO  
**15/01/2024**

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.  
**813015791118**  
CNPJ  
**00.874.929/0001-40**

ENDEREÇO  
**R ANANIAS COSTA FREITAS, 753**  
BAIRRO / DISTRITO  
**CENTRO**  
CEP  
**14180-000**  
DATA DA ENTRADA  
**16/01/2024**

MUNICÍPIO  
**PONTAL**  
FONE / FAX  
**16991100279**  
UF  
**SP**  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**17:51:23**

FATURA / DUPLICATA  
**001 20/02/2024 678.12**

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.		BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST		VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO I.C.M.S.	678,12	VALOR DO I.C.M.S. ST	0,00	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	678,12
VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO I.P.I.	0,00	VALOR APROX. TRIBUTOS	678,12
VALOR TOTAL DA NOTA		<b>678,12</b>							

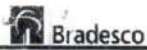
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
**BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI**  
FRETE POR CONTA  
**0 - Emitente**  
CÓDIGO ANTT  
**0**  
PLACA DO VEÍCULO  
**0**  
UF  
**SP**  
C.N.P.J / C.P.F.  
**23246316000163**  
ENDEREÇO  
**AV 10, 1126**  
MUNICÍPIO  
**RIO CLARO**  
UF  
**SP**  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**587220280115**  
QUANTIDADE  
**2**  
ESPÉCIE  
**VOLUME(S)**  
MARCA  
**548623**  
NÚMERO  
**15,893 Kg**  
PESO BRUTO  
**15,893 Kg**  
PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CODIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC ICMS ST VL ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL APROX TRIBUTOS ICMS % IPI
00151900 3003.90.99	CLOREXIDINA 2% 1000 ML (DEGERMANTE) - M35397/FAB.01/08/23/VAL.30/08/26	1	6108 000	12 LT	15,660000	0,00%	187,92	187,92	0,00	22,55	0,00	12,00 0,00
01733600 3004.90.49	METFORMINA 500MG COMP - 23J751/FAB.01/10/23/VAL.30/10/25 C/ 200 CP	200	6108 500	CV	26,000000	0,00%	26,00	26,00	0,00	3,12	0,00	12,00 0,00
00307700 3004.90.62	NIFEDIPINA 20MG COMP - B23C2735/FAB.01/03/23/VAL.30/03/26 C/ 30 CP	60	6108 500	CV	3,300000	0,00%	6,60	6,60	0,00	0,79	0,00	12,00 0,00
01635100 3004.90.69	OMEPRAZOL 40MG FA C/DIL 10ML IV - 23080559/FAB.01/07/23/VAL.30/07/25 C/ 20 FR	80	6108 500	CV	114,400000	0,00%	457,60	457,60	0,00	54,91	0,00	12,00 0,00

RECEBIDO: Lania  
DATA: 17/01/24  
SETOR: farmacia

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
BOLETO  
TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023  
Pedido: 548623  
Volume M3: 0,034228  
Rota: 10  
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES. CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS  
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABELS  
Valor ICMS UF Destino R\$: 11,68

RESERVADO AO FISCO

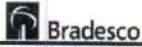


237-2

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO	N. DO DOCUMENTO 522330/01
PAGADOR 14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE P		NOSSO NÚMERO 02/14970020516	VENCIMENTO 20/02/2024
RECEB(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA	VALOR DO DOCUMENTO 678,12	

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO	DATA DE PROCESSAMENTO 15/01/2024
---	-------------------------------------



237-2

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO					
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484					
DATA DO DOCUMENTO 15/01/2024	NO. DO DOCUMENTO 522330/01	ESPÉCIE DOC DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 16/01/2024	
USO DO BANCO 000	CIP	CARTEIRA	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X

237-2 RECIBO DO PAGADOR



Fone: (35) 3449-1950

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO: QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO  
Após 20/02/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.  
Protestar 7 dias após o Vencimento.  
PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

VENCIMENTO	20/02/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	
CART. / NOSSO NÚMERO	02/14970020516-P
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	678,12
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (+) VALOR COBRADO	

PAGADOR 14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PON CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41 R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 14180000 PONTAL SACADOR(A)VALISTA	CENTRO SP
--	--------------

Autenticação Mecânica



237-2

23791.49707 21497.002051 16008.636801 2 96320000067812

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO					
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484					
DATA DO DOCUMENTO 15/01/2024	NO. DO DOCUMENTO 522330/01	ESPÉCIE DOC DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 16/01/2024	
USO DO BANCO 000	CIP	CARTEIRA	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X

VENCIMENTO	20/02/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	
CART. / NOSSO NÚMERO	02/14970020516-P
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	678,12
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (+) VALOR COBRADO	

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO: QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO  
Após 20/02/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.  
Protestar 7 dias após o Vencimento.  
PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

PAGADOR 14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PON CNPJ/CPF: 55.110.753/0001- R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 14180000 PONTAL SACADOR(A)VALISTA	CENTRO SP
--	--------------

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



SIH-R<HCMP0004> Emissão 15/01/2024 16:02  
Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página

1

No. Pedido

5523

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 339 - MEDCENTER COMERCIAL LTDA Data Ped: 15/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS Cond.Pagto: 30 DIAS Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) Situação do Item No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)

Centro de Custo Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) = Vlr.Total

Observação do Pedido

31495- 1 METFORMINA 500MG CPR-CPR-MARCA DISPONVIEL Não Entregou  
(4) FARMÁCIA 200,0000 0,1300 0,0000 0,0000 26,0000

Complemento do item

33625- 1 NIFEDIPINO 20MG CPR-CPR-MARCA DISPONVIEL Não Entregou  
(4) FARMÁCIA 60,0000 0,1100 0,0000 0,0000 6,6000

Complemento do item

35221- 1 OMEPRAZOL 40MG EV FR-FRA. AMP-MARCA Não Entregou  
(4) FARMÁCIA 80,0000 5,7200 0,0000 0,0000 457,6000

Complemento do item

62194- 1 CLOREXIDINA 2% SOL.DEGERMANTE 1000ML-UND- Não Entregou  
(4) FARMÁCIA 12,0000 15,6600 0,0000 0,0000 187,9200

Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens: 678,1200

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido  
678,1200 0,0000 0,0000 0,0000 678,1200

  
COMPRAS

  
ADMINISTRAÇÃO

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRM DA STÁ CASA DE MISER PONTAL
Conta de débito:	3472   003   00000989-0

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 26653.724521 24007.710007 7 96340000052324
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FUTURA COM PROD MEDICOS
Nome/Razão Social:	FUTURA COM PROD MEDICOS
CPF/CNPJ:	08.231.734/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRM DA STÁ CASA DE MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	22/02/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/02/2024
Valor Nominal do Bolet:	523,24
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	523,24
Valor Pago (R\$):	523,24

Data/hora da operação:	08/02/2024 14:10:40
------------------------	---------------------

Código da operação:	039081725
Chave de segurança:	QE6FWYFY3QE9FS3X

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



www.futurafarmaceuticas.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep: 18271-210 Tatuí/SP

Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1  
Entrada: 2 **1**

No. 159.518

SÉRIE: 0

Página 1 de 1



Chave de Acesso da NF-e

35240108231734000193550000001595181001812194

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

Protocolo de Autorização de Uso

135240166708978

23/01/2024 20:20

Natureza da Operação

VENDA

Inscrição Estadual

687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ

08.231.734/0001-93

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social

2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ/CPF

55.110.753/0001-41

Data da Emissão

23/01/2024

Endereço

RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753

Bairro/Distrito

CENTRO

Cep

14180-000

Data de Saída/Entrada

23/01/2024

Município

PONTAL

Fone/Fax

(16)039531716

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 159.518/ 1 Valor: 523,24 Vencto. 22/02/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS

523,24

Valor do ICMS

94,18

Base de Cálculo de ICMS Sub

0,00

Valor do ICMS Sub

0,00

Valor Total dos Produtos

523,24

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Desconto

0,00

Outras Despesas Acessórias

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor Total da Nota

523,24

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta

1 - emitente  
2 - destinatário

1

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF

12.270.745/0004-00

Endereço

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município

SUMARE

UF

SP

Inscrição Estadual

671495090114

Quantidade

1

Espécie

CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto

2,000

Peso Líquido

2,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód.Prod/Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD	VLR.UNIT	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ.ICMS	ALIQ.IPI
568786	ROCLURON 10MG/ML 5ML CX C/25FA "ROCLURON" CRISTALIA	30049079	000	5102	CX	2,00	261.620000	523,24	523,24	94,18		18,0	

Lote: 23110095

Val: 01/11/2025

2,00

Local de entrega: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

753

CENTRO

14180-000

PONTAL SP

RECLAMAÇÕES EM ATÉ 24hs

RECEBIDO: *[Assinatura]*

DATA: 24 / 01 / 23

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal

Valor Total dos Serviços

Base de Cálculo do ISSQN

Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.:Ribeirão Preto

N/P.181.644

TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023

SETOR: *[Assinatura]*

DATA: / /

SETOR:





Banco Itaú S/A

Banco

341-7

## RECIBO DO SACADO

Cedente <b>FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.</b>		Agência/Código Cedente <b>4522/40077-1</b>	Vencimento <b>22/02/2024</b>
Sacador/Avalista <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>		Número do Documento <b>159518/1</b>	Nosso Número <b>109/00266537-2</b>
Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor <b>X</b>	(=)Valor Documento <b>R\$ 523,24</b>
Demonstrativo:		(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado
CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93 END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUÍ/SP			



Banco Itaú S/A

Banco

341-7

34191.09008 26653.724521 24007.710007 7 96340000052324

Local de Pagamento <b>Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencto., somente no ITAU.</b>		Vencimento <b>22/02/2024</b>
Cedente <b>FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.</b>		Agência/Código Cedente <b>4522/40077-1</b>
Data Documento <b>23/01/2024</b>	Número do Documento <b>159518/1</b>	Nosso Número <b>109/00266537-2</b>
Esécie Doc. <b>RC</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>23/01/2024</b>
Uso do Banco	CIP	Carteira <b>109</b>
Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	(x)Valor <b>R\$ 523,24</b>
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) <b>APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,16 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 10,46 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO</b>		(-)Descontos/Abatimentos
		(-)Outras Deduções
		(+)Mora/Multa
		(+)Outros Acréscimos
		(=)Valor
Sacado <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL - CNPJ: 55.110.753/0001-41 RUA ANANIAS COSTA FREITAS CENTRO - PONTAL 14180-000 - SP</b>		
Sacador/Avalista		



SIH-R<HCMP0004> Emissão 23/01/2024 13:36  
Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página

1

No. Pedido

5547

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 267 - FUTURA COM.DE PROD.MÉDICOS E Data Ped: 23/01/2024  
Prz.Entr: 7 DIAS Cond.Pagto: 30 DIAS Dt Env. Forn:  
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA Status do pedido: Não Entregou  
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) Situação do Item No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)  
Centro de Custo Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) = Vlr.Total  
Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023  
4550- 1 BROMETO DE ROCURONIO 10MG/ML 5 ML-AMPOLA- Não Entregou  
(4) FARMÁCIA 50,0000 10,4648 0,0000 0,0000 523,2400  
Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens: 523,2400

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido  
523,2400 0,0000 0,0000 0,0000 523,2400

  
\_\_\_\_\_  
COMPRAS

  
\_\_\_\_\_  
ADMINISTRAÇÃO

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
Conta de débito:	3472   003   00000989-0

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23791.49707 21497.002028 63008.636803 6 96250000288815
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	13/02/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/02/2024
Valor Nominal do Boletto:	2.888,15
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.888,15
Valor Pago (R\$):	2.888,15

Data/hora da operação:	08/02/2024 14:09:14
------------------------	---------------------

Código da operação:	039082732
Chave de segurança:	0N0FWC0XM592TCHH

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Aíó CAIXA: 0800 104 0104

MED CENTER COMERCIAL LTDA

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950 www.medcentercomercial.com.br

DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



CHAVE DE ACESSO:

3124 0100 8749 2900 0140 5500 1000 5212 9111 7644 9965

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1

Nº: 000521291 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108

5495

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131245761825476 09/01/24 09:21:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5259495840034

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.

813015791118

CNPJ

00.874.929/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL (14112) - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

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

55.110.753/0001-41

DATA EMISSÃO

09/01/2024

ENDEREÇO

R ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DA ENTR/SAÍDA

09/01/2024

MUNICÍPIO

PONTAL

FONE / FAX

16991100279

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

09:21:26

FATURA / DUPLICATA

001 13/02/2024 2.888,15

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.

2.888,15

VALOR DO I.C.M.S.

129,13

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST

0,00

VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.888,15

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO I.P.I.

0,00

VALOR APROX. TRIBUTOS

VALOR TOTAL DA NOTA

2.888,15

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI

FRETE POR CONTA

0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

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

23246316000163

ENDEREÇO

AV 10, 1126

MUNICÍPIO

RIO CLARO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

587220280115

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

547520

PESO BRUTO

4,983 Kg

PESO LÍQUIDO

4,983 Kg

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LIQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC.ICMS ST VL.ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL.APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS MICMS% IPI
01699300 3004 20 29	CLARITROMICINA 500 MG FA PO LIOF 20ML - 1020588/FAB.05/05/23/VAL.30/05/25 C/ 25 FR	0 25	6108 800	1 CV	641,2500	0,00%	641,25	641,25	0,00	25,65	0,00		4,00 0,00
01699300 3004 20 29	CLARITROMICINA 500 MG FA PO LIOF 20ML - 1020881/FAB.01/07/23/VAL.30/07/25 C/ 25 FR	0 50	6108 800	2 CV	641,2500	0,00%	1.282,50	1.282,50	0,00	51,30	0,00		4,00 0,00
00206500 3004 50 90	DRAMIN B6 DL AMP 10 ML (N) - 12515473/FAB.12/06/23/VAL.30/05/25 C/ 100 AP	0 100	6108 200	1 CV	789,0000	0,00%	789,00	789,00	0,00	31,56	0,00		4,00 0,00
00052600 3003 90 95	FUROSEMIDA 20 MG AMP 2 ML - 23060902/FAB.03/07/23/VAL.30/06/25 C/ 100 AP	0 200	6108 000	2 CV	85,0000	0,00%	170,00	170,00	0,00	20,40	0,00		12,00 0,00
00949500 3004 90 69	QUETIAPINA 25MG COMP / - M302813/FAB.01/03/23/VAL.28/02/26 C/ 30 CP	0 30	6108 200	1 CV	5,4000	0,00%	5,40	5,40	0,00	0,22	0,00		4,00 0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BOLETO TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023 Pedido: 547520 Volume N3: 0,012515 Rota: 10 FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES. CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABELS Valor ICMS UF Destino R\$: 380,22

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO:

*Pharmia*

DATA:

*10/01/24*

SETOR:

*Pharmia*



237-2

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MÉD CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO	N. DO DOCUMENTO 521291/01
PAGADOR 14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE P		NOSSO NÚMERO 02/14970020263	VENCIMENTO 13/02/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA	VALOR DO DOCUMENTO 2.888,15	

LOCAL DE PAGAMENTO  
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO

DATA DE PROCESSAMENTO  
09/01/2024



237-2

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO				
BENEFICIÁRIO MÉD CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484				
DATA DO DOCUMENTO 09/01/2024	NO. DO DOCUMENTO 521291/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 09/01/2024
USO DO BANCO CIP 000	CARTEIRA	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X

237-2 RECIBO DO PAGADOR



Fone: (35) 3449-1950

VENCIMENTO  
13/02/2024

AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

CART. / NOSSO NÚMERO  
02/14970020263-2

1 (+) VALOR DO DOCUMENTO  
2.888,15

2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS

3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES

4 (+) MORA / MULTA / JUROS

5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS

6 (=) VALOR COBRADO

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO  
Após 13/02/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.  
Protestar 7 dias após o Vencimento.  
PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

PAGADOR  
14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PON CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41  
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 CENTRO SP  
14180000 PONTAL  
SACADOR/AVALISTA

Autenticação Mecânica



237-2 23791.49707 21497.002028 63008.636803 6 96250000288815

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO				
BENEFICIÁRIO MÉD CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484				
DATA DO DOCUMENTO 09/01/2024	Nº DO DOCUMENTO 521291/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 09/01/2024
USO DO BANCO CIP 000	CARTEIRA	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X

VENCIMENTO  
13/02/2024

AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

CART. / NOSSO NÚMERO  
02/14970020263-2

1 (+) VALOR DO DOCUMENTO  
2.888,15

2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS

3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES

4 (+) MORA / MULTA / JUROS

5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS

6 (=) VALOR COBRADO

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO  
Após 13/02/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.  
Protestar 7 dias após o Vencimento.  
PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

PAGADOR  
14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PON CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41  
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 CENTRO SP  
14180000 PONTAL  
SACADOR/AVALISTA

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 10/01/2024 09:53

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5495

**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 339 - MEDCENTER COMERCIAL LTDA		Data Ped: 08/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 35 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo		Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =			Vlr.Total
Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023					
17346- 1 CLARITROMICINA 500MG FA IV-FRASCO/AMPOLA-					Não Entregou
(4) FARMÁCIA	75,0000	25,6500	0,0000	0,0000	1.923,7500
Complemento do item					
22019- 1 DRAMIN B6 DL 10ML EV -AMPOLA-MARCA					Não Entregou
(4) FARMÁCIA	100,0000	7,8900	0,0000	0,0000	789,0000
Complemento do item					
25434- 1 FUROSEMIDA 10MG/ML AMP 2 ML-AMP-MARCA					Não Entregou
(4) FARMÁCIA	200,0000	0,8500	0,0000	0,0000	170,0000
Complemento do item					
38623- 1 QUETIAPINA, FUMARATO 25MG CPR-CPR.REV.-					Não Entregou
(4) FARMÁCIA	30,0000	0,1800	0,0000	0,0000	5,4000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens: 2.888,1500

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
2.888,1500	0,0000	0,0000	0,0000	2.888,1500

  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS

  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
Conta de débito:	3472   003   00000989-0

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23791.49707 21497.002085 35008.636801 3 96330000199570
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	21/02/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/02/2024
Valor Nominal do Bolet:	1.995,70
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.995,70
Valor Pago (R\$):	1.995,70

Data/hora da operação:	08/02/2024 14:10:20
------------------------	---------------------

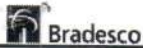
Código da operação:	039081912
Chave de segurança:	KTAZWH9R2SZ55TT7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104







237-2

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO	N. DO DOCUMENTO 523394/01
PAGADOR 14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE P		NOSSO NÚMERO 02/14970020835	VENCIMENTO 21/02/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA		VALOR DO DOCUMENTO 1.995,70

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO	DATA DE PROCESSAMENTO 22/01/2024
---	-------------------------------------



237-2

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO					237-2	RECIBO DO PAGADOR	
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484							
DATA DO DOCUMENTO 22/01/2024	NO DO DOCUMENTO 523394/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 22/01/2024	 <b>Fone: (35) 3449-1950</b>		
USO DO BANCO	CIP 000	CARTEIRA	MOEDA R\$	QUANTIDADE			VALOR X

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO: QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO  
 Após 21/02/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.  
 Protestar 7 dias após o Vencimento.  
 PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

VENCIMENTO	21/02/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	
CART. / NOSSO NÚMERO	02/14970020835-5
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	1.995,70
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

PAGADOR 14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PON CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41 R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 14180000 PONTAL SACADOR/AVALISTA	CENTRO	SP
---	--------	----

Autenticação Mecânica



237-2

23791.49707 21497.002085 35008.636801 3 96330000199570

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO					VENCIMENTO	21/02/2024
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484						
DATA DO DOCUMENTO 22/01/2024	Nº DO DOCUMENTO 523394/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 22/01/2024	CART. / NOSSO NÚMERO	02/14970020835-5
USO DO BANCO	CIP 000	CARTEIRA	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X	1 (+) VALOR DO DOCUMENTO 1.995,70
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO: QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 21/02/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%. Protestar 7 dias após o Vencimento. PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO						
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS						
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES						
4 (+) MORA / MULTA / JUROS						
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS						
6 (=) VALOR COBRADO						

PAGADOR 14112-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PON CNPJ/CPF: 55.110.753/0001- R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 14180000 PONTAL SACADOR/AVALISTA	CENTRO	SP
---	--------	----

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



SIH-R<HCMP0004> Emissão 22/01/2024 14:27  
 Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
 CNPJ: 55.110.753/0001-41  
 FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página  
1  
 No. Pedido  
5544

**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 339 - MEDCENTER COMERCIAL LTDA Data Ped: 22/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS Cond.Pagto: 30 DIAS Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) Situação do Item No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)

Centro de Custo Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) = Vlr.Total

Observação do Pedido

4464- 1 ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG 0.4ML INJ Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 60,0000 13,2900 0,0000 0,0000 797,4000

Complemento do item

19720- 2 DERSANI LIQ. 200ML -FRASCO-MARCA Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 10,0000 5,7600 0,0000 0,0000 57,6000

Complemento do item

20849- 1 DIGOXINA 0,25MG CP-CPR-MARCA DISPONVIEL Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 20,0000 0,1800 0,0000 0,0000 3,6000

Complemento do item

21374- 1 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML-AMP-MARCA Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 200,0000 0,8200 0,0000 0,0000 164,0000

Complemento do item

30624- 1 LOSARTAN POTASSICA 50MG CP-CPR-MARCA Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 60,0000 0,0600 0,0000 0,0000 3,6000

Complemento do item

31732- 1 METILPREDNISOLONA, SUCCINATO 500MG FR- Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 50,0000 13,2100 0,0000 0,0000 660,5000

Complemento do item

43801- 1 TRAMAL 50MG/ML AMP 1ML -AMPOLA-MARCA Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 300,0000 1,0300 0,0000 0,0000 309,0000

Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.995,7000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido  
 1.995,7000 0,0000 0,0000 0,0000 1.995,7000



COMPRAS



ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Recebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09008 37415.128927 82179.030000 6 96340000156000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
<b>Nome/Razão Social:</b>	HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.872.656/0001-10
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	22/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Bolet:</b>	1.560,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.560,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.560,00

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:07:28
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039084782
<b>Chave de segurança:</b>	WPUQRG8140YQLETR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Atê CAIXA: 0800 104 0104



**HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR**  
 Av INGLATERRA N.40  
 Bairro TIBERY,UBERLANDIA, MG  
 Fone: (34) 3221-5300, CEP:38405050

**DANFE**  
 Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica

0 - ENTRADA  1  
 1 - SAÍDA

Nº 456.390  
 SÉRIE 1 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO  
**3124 0111 8726 5600 0110 5500 1000 4563 9017 9747 8922**

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**0015881100069**

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO  
**813014730110**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**131245782152569 22/01/2024 16:16:36**

CNPJ  
**11.872.656/0001-10**

NOME/RAZÃO SOCIAL  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

ENDEREÇO  
**R ANANIAS COSTA FREITAS Nº 753**

Bairro/DISTRITO  
**CENTRO**

CNPJ/CPF  
**1883 55.110.753/0001-41**

DATA DA EMISSÃO  
**22/01/2024**

MUNICÍPIO  
**PONTAL**

UF  
**SP**

CEP  
**14.180-000**

30 | BOL=001 Venc=22/02/2024 Valor=1.560,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS  
**1.560,00**

VALOR DO ICMS  
**187,20**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
**0,00**

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
**0,00**

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
**1.560,00**

VALOR DO FRET  
**0,00**

VALOR DO SEGURO  
**0,00**

DESCRITO  
**0,00**

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS  
**0,00**

VALOR DO IPI  
**0,00**

VALOR TOTAL DA NOTA  
**1.560,00**

RAZÃO SOCIAL  
**HPL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**0015881100069**

ENDEREÇO  
**Av INGLATERRA N. 40**

MUNICÍPIO  
**UBERLANDIA**

UF  
**MG**

QUANTIDADE  
**1,00**

ESPECIE  
**1837910**

MARKA  
**2,0600 Kg**

NÚMERO  
**1837910**

PESO BRUTO  
**2,0600 Kg**

PESO LÍQUIDO

CD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V.UNITARIO	V.DESCONTO	% REST.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	AL. ICMS	AL. IPI
641	EUFINACAINA 0,33 S/ VASO + NEOCAINA + 5MG/ML - 20ML C/10 P/A - STERILE PACK   411677   1029800530245   CRISTALIA   Lote: 2309098 D.Fab: 01/03/23 D.Val: 01/03/23   0,0000 Referencia:411077	30049061	500	6108	UN	2	177,00000	0,00	0,00	354,00	354,00	42,48	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00
410	MIDAZOLAM (B1) [GEN] 15MG 3ML C/5 AMP - IM / IV   7521/4130   1037006360054   TEUTO   Lote: 41300054 D.Fab: 30/10/23 D.Val: 30/10/26   0,0000 Referencia:7521/4130	30049069	000	6108	UN	9	9,30000	0,00	0,00	83,70	83,70	10,04	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00
410	MIDAZOLAM (B1) [GEN] 15MG 3ML C/5 AMP - IM / IV   7521/4130   1037006360054   TEUTO   Lote: 41300054 D.Fab: 30/10/23 D.Val: 30/10/26   0,0000 Referencia:7521/4130	30049069	000	6108	UN	11	9,30000	0,00	0,00	102,30	102,30	12,28	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00
817	NITROGLICERINA (TR LIL) 25MG 5ML C/10 AMP - IV   461129   1029801330045   CRISTALIA   Lote: 23090274 D.Fab: 01/09/23 D.Val: 01/09/25   0,0000 Referencia:461129	30049099	500	6108	UN	3	340,00000	0,00	0,00	1.020,00	1.020,00	122,40	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00

RECEBIDO: *[Assinatura]*

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
**0,00**

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS  
**0,00**

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN  
**0,00**

VALOR DO ISSQN  
**0,00**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 ART 11, SUBITEM 4.4 PARTE 1 DO ANEXO L - RICMS-MG 2023 , PRODUTO GENERICO ALIQ. 12%  
 OC: 5545 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 T. A N. 004/2023 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$82,44 + FCP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. | ( ) ( ) ( ) ( )

RESERVADO AO FISCO  
**DATA: 23 / 01 / 2024**

SETOR: \_\_\_\_\_



**HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR**  
 Av INGLATERRA N.40  
 Bairro TIBERY,UBERLANDIA, MG  
 Fone: (34) 3221-5300, CEP:38405050

**DANFE**

Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica

0 - ENTRADA   
 1 - SAÍDA   
 Nº 456.390  
 SÉRIE 1 FOLHA 2/1



CHAVE DE ACESSO

3124 0111 8726 5600 0110 5500 1000 4563 9017 9747 8922

Consulta de autenticidade no portal nacional da  
 NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
 VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO

PROTOKOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 131245782152569 22/01/2024 16:16:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 0015881100069

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
 813014730110

CNPJ  
 11.872.656/0001-10

## Política de Devolução

A HDL Logística Hospitalar Ltda vem através desta orientar sobre o recebimento de nossos produtos e sua Política de Devolução.

É imprescindível a conferência da mercadoria no ato da entrega, pois caso aja alguma ocorrência ou irregularidade elas devem estar descritas no documento da transportadora para que se possam apurar os fatos e tomar as medidas cabíveis em relação ao ocorrido.

Solicitamos que no momento do desembarque o responsável pela conferência da NF e carga, aja da seguinte maneira:

- Verifique se o Número de Volumes corresponde ao número de volumes descrito na nota fiscal;
- Verifique se as Etiquetas de Despacho nos produtos correspondem à nota fiscal recebida;
- Verifique se a Embalagem Externa está intacta, inviolada, seca e sem qualquer tipo de dano aparente;
- Para Produto Termolábil(2 A 8°C) abra a caixa e verifique a temperatura;
- Fotografe sempre que possível divergências encontradas;

**NÃO ACEITAREMOS DEVOLUÇÕES DE PRODUTOS APÓS 03 (TRÊS) DIAS DA DATA DE SEU RECEBIMENTO PELO CLIENTE. CASO O CLIENTE RECEBA PRODUTO TERMOLÁBIL COM ALGUMA OCORRÊNCIA/IRREGULARIDADE, DEVERÁ SER DEVOLVIDO NO ATO DA ENTREGA, UMA VEZ QUE A HDL NÃO RECEBERÁ TAIS PRODUTOS APÓS A ENTREGA EFETIVAMENTE REALIZADA.**

Seguem abaixo modelos de observações a fazer como ressalva no verso do CTE (Conhecimento de Transporte Eletrônico) e no canhoto da DANFE (Documento Auxiliar Nota Fiscal Eletrônica) que deverá ser realizado no momento do recebimento, somente desta forma as transportadoras reconhecem a avaria.

### EM CASO DE RECEBIMENTO COM AVARIAS/DESVIO DE TEMPERATURA:

"Declaro estar recebendo a carga da NF xxx, com quantidade(s) xxxdo(S); lote(S) xxx avariada (descrever tipo de avaria)"carimbo, assinatura e data. Encaminhar uma cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.

### EM CASO DE RECEBIMENTOS PARCIAIS:

"Declaro estar recebendo a carga da NF xxx, com xxx a menos lote(S) xxx. Do total de xxx estão sendo entregue(s) apenas xxxx lote(S) xxx" carimbo, assinatura e data. Encaminhar cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.

### CASO DE RECUSA:

"Declaro não ter recebido o material referente à NF xxx, por conta de estar (em) com o(S) seguinte(s) problema(S): xxxxxxxxxx." Encaminhar cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 37415.128927 82179.030000 6 96340000156000

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA		CNPJ/CPF 11.872.656/0001-10		Sacador Avalista	Vencimento: 22/02/2024
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista Av INGLATERRA,40 TIBERY UBERLÂNDIA - MG 38.405-050					
Nosso Número 109/00374151-2	Carteira 109	Espécie DM	Quantidade	Valor	Agência/Código Beneficiário 8928/21790-3
Data do Documento 22/01/2024	Número do Documento 456390 - 1	Espécie do Documento	Aceite N	Data Processamento 22/01/2024	Valor do Documento 1.560,00

Autenticação Mecânica



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 37415.128927 82179.030000 6 96340000156000

Local do Pagamento: <b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ</b> <b>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ</b>					Vencimento: 22/02/2024
Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA		CNPJ/CPF 11.872.656/0001-10		Agência/Código Beneficiário 8928/21790-3	
Data do Documento 22/01/2024	Número do Documento 456390 - 1	Esp.Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 22/01/2024	Nosso Número 109/00374151-2
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.560,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.  APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 31,20 APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 3,12 POR DIA DE ATRASO.  PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO DEPOSITO C/C,SE NAO AUTORIZADO, NAO QUITA O DEBITO.					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R ANANIAS COSTA FREITAS,753 14.180-000-PONTAL -SP Sacador/Avalista					

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 22/01/2024 14:25

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5545

**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG)		Data Ped: 22/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 30 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo	Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =			Vlr.Total	
Observação do Pedido					
32256- 1 MIDAZOLAN 15MG AMP 3ML-AMPOLA-MARCA		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	100,0000	1,8600	0,0000	0,0000	186,0000
Complemento do item					
33972- 1 TRIDIL 5MG/ML AMP 5ML 25MG		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	30,0000	34,0000	0,0000	0,0000	1.020,0000
Complemento do item					
78682- 2 NEOCAINA 0,5% S/V 20 ML-FRASCO-MARCA		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	20,0000	17,7000	0,0000	0,0000	354,0000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.560,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
1.560,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1.560,0000

  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS

  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3149 / 00000306406-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COMERCIAL CIRURG RIOCLARENSE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	67.729.178/0004-91
<b>Valor:</b>	R\$ 1.757,96
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	05 - Pagamento de Fornecedores
<b>Identificação da operação:</b>	1815308
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	08/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	08/02/2024 14:06:11

<b>Código da operação:</b>	00123041
<b>Chave de segurança:</b>	0R5NLZV5FKJ4S4FU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Identificação do emitente

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
PC EMILIO MASCARENATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
JAGUARUNA - SP  
CEP 13916-074 - 1935225800

DANTE  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA 1  
1 - SAÍDA  
Nº. 1815308 FL 1 / 1  
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
3524 0167 7291 7800 0491 5500 1001 8153 0815 6050 1486

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DENTRO ESTADO  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110 INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 5505 CNPJ 67.729.178/0004-91  
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135240071469185 10/01/2024 19:23:06

DESTINATÁRIO/REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL CNPJ / CPF 55.110.753/0001-41 DATA DA EMISSÃO 10/01/2024  
ENDEREÇO RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753 BAIRRO / DISTRITO CENTRO CEP 14180-000 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 10/01/2024  
MUNICÍPIO PONTAL FONE / FAX 1639531716 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA table with columns: FATURA/DUPLIC., VENCIMENTO, VALOR, FATURA/DUPLIC., VENCIMENTO, VALOR, FATURA/DUPLIC., VENCIMENTO, VALOR. Row 1: 1815308/1, 12/02/2024, 1.757,96

CÁLCULO DO IMPOSTO  
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.757,96 VALOR DO ICMS 316,43 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.757,96  
VALOR DO FRETE 0,00 VALOR DO SEGURO 0,00 VALOR DO DESCONTO 0,00 OUTRAS DESPESAS 0,00 VALOR DO IPI 0,00 VALOR TOTAL DA NOTA 1.757,96

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ 15.066.184/0001-60  
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260 MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114  
QUANTIDADE 3,00 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA NUMERO 0,20478 PESO BRUTO 26,245 PESO LÍQUIDO 26,245

Table with columns: CÓDIGO, DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO, NCM / SH, CST, CFOP, UN, QUANT., VALOR UNITÁRIO, VALOR TOTAL, B.CALC. ICMS, VALOR ICMS, VALOR IPI, ALIQUOTAS ICMS, IPI. Rows include: 023961 INDICADOR QUIMICO VAPOR CLASSE 4 (3M) L: 233110079, 034572 CAMPO OPERATORIO EST. 25X28CM C/RX (AMED) L: B50-2, 024452 SERINGA DESC 1ML C/AG 13X4,5 (DESCARPACK) L: 2SILA A012A

CÁLCULO DO ISSQN  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 550516029 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00 VALOR DO ISSQN 0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. TERMO DE CONVE#xCA;NIO NE#xBA; 002/2022 E#x2013; T. A NE#xBA; 004/2023 DATA ENTREGA: 11/01/2024 Pedido: 2706724 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 2706724 \*\*\* BANCO DO BRASIL - Ag. 3149-6 - C/C 306406-9 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO \*\*\* AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 04/05/2024 TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Codigo Interno Emitente: 2839 Nome Fantasia: IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL)

RESERVADO AO FISCO  
RECEBIDO: *Sania*  
DATA: 11 / 01 / 24  
SETOR: *farmacia*



## Política de Devolução

Visando melhorias e um processo mais organizado em nossos trâmites de devoluções de mercadorias, elencamos a seguir procedimentos indispensáveis para o bom andamento destas ocorrências.

### No ato da entrega:

- Conferir se os dados na etiqueta de destinatário (cor laranja) correspondem aos dados do cliente e número do DANFE referente a entrega que está sendo realizada;
- Conferir se a quantidade física está de acordo com o descrito no DANFE;
- Verificar externamente se os volumes apresentam sinais de violações e avarias;
- Em casos de medicamentos termolábeis deverá ocorrer a aferição de temperatura no ato do recebimento, seguindo as normas técnicas de manuseio de cadeia fria.

### No caso de irregularidades/não conformidades:

- De imediato entrar em contato com nosso SAC (serviço de atendimento ao cliente), para que seja identificada a ocorrência e dar início ao trâmite de retorno ao nosso Centro de Distribuição responsável, através do fone:

**Cliente Canal Público:** (19) 3522-5804

#### Clientes Canal Privado:

Clientes do Interior de São Paulo – (19) 3522-5808

Cidade de São Paulo e Baixada Paulista – (11) 3646-5858

Estados do Sul – (43) 3032-1050

Demais Estados – (31) 3439-4300

- **Cliente deve efetuar a recusa no verso do DANFE e CT-e, seguem dispositivos legais:**

- Minas Gerais: Art. 10, Parte 1, Anexo IX, RICMS-MG.

- Paraná: Art. 319 e 445, RICMS-PR.

- Pernambuco: Cap. VII, RICMS-PE.

- São Paulo: Art. 453, RICMS-SP.

#### RIOCLARENSE

Avenida 62A, 419 – Jardim América – Fone (19) 3522-5800 – (19) 3522-5801/5802 – vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 13506-056 – Rio Claro – SP – CNPJ Nº 67.729.178/0001-49 – INSCR. EST. Nº 587.101.582.112

Praça Emilio Marconato, 1000, Galpão 22 - Núcleo Residencial Doutor João Nassif - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 13916 - 074 - Jaguariúna - SP - CNPJ Nº 67.729.178/0004-91 - INCR. EST. Nº 395.060.142.110

Rua Paulo Costa, 320, Galpões 09, 10 e 11. – Dist. Industrial – Jd. Piemount Sul – Fone (31) 3439-4300 – Fax: (31) 3439-4302/4303 – rioclarense@mg.rioclarense.com.br  
CEP: 32.669.712 – Belim – MG – CNPJ Nº 67.729.178/0002-20 – INSCR. EST. Nº 082.996.580.0021

Av. Joanna Rodrigues Jondral, 250, BL01, Galpão 04 - Cilo 2 - (43) 3032-1050 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 86067-050 - Londrina-PR - CNPJ Nº 67.729.178/0005-72 e INSCR. EST. Nº 90770533-17

Rodovia Empresário João Santos Filho, 689, Galpão C5 - Muribeca - Fone (19) 3522-5800 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 54.355-030 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CNPJ 67.729.178/0008-53 - INSCR. EST Nº 0867.098-60 E INSCR. MUNICIPAL: 997.913-1



- Na recusa mencionar de forma clara o motivo da devolução/rejeição, código do produto e quantidade devolvida, caso não sejam mencionadas essas informações, entende-se que se trata de devolução total (no caso de clientes não contribuintes de ICMS que não estão obrigados a emissão de nota fiscal);
- Para clientes **NÃO CONTRIBUINTE DE ICMS**, ou seja, que estejam **dispensados por Lei** da emissão de notas fiscais, **é possível a devolução parcial** com a mesma nota do fornecedor (no caso Rioclarense), desde que siga as orientações aqui destacadas e seja efetuada a recusa;
- Para clientes **CONTRIBUINTES DE ICMS (obrigados a emissão de nota fiscal)** não é possível a **realização de recusa parcial**, apenas total, sendo parcial a obrigatoriedade é de o cliente emitir a nota fiscal de devolução, mencionando o destinatário como Rioclarense, e, identificando quais são os produtos e quantidades devolvidas, e especificar o motivo em dados adicionais do DANFE.
- **PRAZO PARA DEVOLUÇÃO SERÁ DE 48 HORAS APÓS O RECEBIMENTO.**

#### MODALIDADE DE COMPRAS NO E-COMMERCE - PROCEDIMENTO

- Conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor art. 49, os produtos poderão ser devolvidos em até **7 (sete) dias** após o recebimento do pedido. Sendo que o pagamento do frete para retorno da mercadoria será de responsabilidade da Rioclarense.
- No caso de clientes pessoas físicas (e-commerce Rioclarense Paraná), realizar a recusa no verso da nota fiscal (DANFE), escrita a punho, narrando o motivo da devolução, informar nome completo, assinatura e data.
- Dúvidas, consultar nosso SAC - E-commerce através do telefone **0800-283-6071**

**OBS.: todas as recusas devem ser escritas a punho, com a data, assinatura, nome legível e carimbo da empresa responsável. Na falta do carimbo, informar um número de RG ou CPF válido. Sem essas informações não será possível dar andamento ao processo!**

#### Atenciosamente, Comitê de Procedimentos Rioclarense

##### RIOCLARENSE

Avenida 62A, 419 - Jardim América - Fone (19) 3522-5800 - (19) 3522-5801/5802 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 13506-056 - Rio Claro - SP - CNPJ Nº 67.729.178/0001-49 - INSCR. EST. Nº 587.101.582.112

Praça Emílio Marconato, 1000, Galpão 22 - Núcleo Residencial Doutor João Nassif - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 13916 - 074 - Jaguariúna - SP - CNPJ Nº 67.729.178/0004-91 - INCR. EST. Nº 395.060.142.110

Rua Paulo Costa, 320, Galpões 09, 10 e 11. - Dist. Industrial - Jd. Piemount Sul - Fone (31) 3439-4300 - Fax: (31) 3439-4302/4303 - rioclarense@mg.rioclarense.com.br  
CEP: 32.689.712 - Betim - MG - CNPJ Nº 67.729.178/0002-20 - INSCR. EST. Nº 062.996.580.0021

Av. Joanna Rodrigues Jondral, 250, BL01, Galpão 04 - Cilo 2 - (43) 3032-1050 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 86067-050 - Londrina-PR - CNPJ Nº 67.729.178/0005-72 e INSCR. EST. Nº 90770533-17

Rodovia Empresário João Santos Filho, 689, Galpão C5 - Mubeca - Fone (19) 3522-5800 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 54.355-030 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CNPJ 67.729.178/0008-53 - INSCR. EST. Nº 0867.098-60 E INSCR. MUNICIPAL: 997.313-1

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 10/01/2024 17:32

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5505

**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO	Fornecedor: 4 - COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA	Data Ped: 10/01/2024
Prz.Entr: 7 DIAS	Cond.Pagto: 35 DIAS	Dt Env. Forn:
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA	Status do pedido: Não Entregou	
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)
Centro de Custo	Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =	Vlr.Total
<b>Observação do Pedido</b>		
4589- 2 COMPRESSA CAMPO OPER.25X28 ESTERIL-PACOTE	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	320,0000 4,6655 0,0000 0,0000	1.492,9600
Complemento do item		
62716- 1 COMPLY INTEGRADOR QUIMICO PARA VAPOR 1250	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	1,0000 234,0240 0,0000 0,0000	234,0240
Complemento do item		
86496- 1 SERINGA DE INSULINA 1ML C/AG 13X4,5-	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	200,0000 0,1549 0,0000 0,0000	30,9800
Complemento do item		

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.757,9640

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
1.757,9640	0,0000	0,0000	0,0000	1.757,9640


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3214 / 00000052538-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BMG DISTRIB DE PROD HOSPITALAT LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.441.839/0001-68
<b>Valor:</b>	R\$ 575,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	05 - Pagamento de Fornecedores
<b>Identificação da operação:</b>	18682
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	08/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	08/02/2024 14:06:29

<b>Código da operação:</b>	00122943
<b>Chave de segurança:</b>	KW4ZTK805XXQQNGF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Recebemos de BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA-EPP, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão: 15/01/2024, Valor Total: R\$575,35, Destinatário: SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO - PONTAL/SP

**NF-e**  
**Nº 000.018.682**  
**SÉRIE: 1**

DATA DE RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_ IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: \_\_\_\_\_

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>  <b>BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA-EPP</b>  RUA TAMBAU, 358 VILA ELISA - RIBEIRAO PRETO - SP CEP: 14075-010 Fone: (16)3877-4913	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>  <b>Nº 000.018.682</b> <b>SÉRIE: 1</b> FOLHA: 1/1	 <b>CHAVE DE ACESSO</b> 3524 0117 4418 3900 0168 5500 1000 0186 8219 1788 7424  Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135240099666604 15/01/2024 08:53:54</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>582.946.900.111</b>	INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ <b>17.441.839/0001-68</b>

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL</b>		CNPJ/CPF (Estrangeiro) <b>55.110.753/0001-41</b>	DATA DE EMISSÃO <b>15/01/2024</b>
ENDEREÇO <b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753</b>		BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	CEP <b>14180-000</b>
MUNICÍPIO <b>PONTAL</b>	FONE/FAX <b>(16)3953-1719</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>582.946.900.111</b>

<b>FATURA/DUPLICATA</b>			
001	14/02/24	R\$ 575,35	

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS - SUBSTITUIÇÃO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
575,35	103,56	0,00	0,00	124,54	575,35		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. E - S ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA		
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	575,35		

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>							
RAZÃO SOCIAL <b>LIFE LOGISTICA IMEDIATA LTDA</b>				FRETE POR CONTA <b>0-Rem (CIF)</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF <b>SP</b>
ENDEREÇO <b>R PEDRO BRIGLIADORI SOBRINHO, 16</b>				MUNICÍPIO <b>JARDINOPOLIS</b>		CNPJ/CPF <b>42.801.897/0001-00</b>	
QUANTIDADE <b>2</b>	ESPÉCIE <b>VOL</b>	MARCA	NUMERAÇÃO <b>0</b>	PESO BRUTO <b>5,000</b>	PESO LÍQUIDO <b>5,000</b>		

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	VLR APROX. TRIBUTOS
MK0022	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.14 MARK MED - Lote * Data Venc.: 20544 * 30/07/2027	90183929	000	5102	UN	30	0,846	25,38	25,38	4,57	18	5,49
MK0051	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.16 MARK MED - Lote * Data Venc.: 19970 * 30/03/2027	90183929	000	5102	UN	20	0,967	19,34	19,34	3,48	18	4,19
EM0136 (2.)	EXTENSOR P/ EQUIPO ADULTO 120CM 12FR LUER LOCK COD. 199029 EMBRAME - Lote * Data Venc.: 2200026379 * 30/09/2025	90189010	000	5102	UN	100	2,230	223,00	223,00	40,14	18	48,28
MI0008	FITA ADESIVA 16 X 50 MISSNER - Lote * Data Venc.: 211220 * 31/12/2024	48114110	000	5102	UN	60	3,730	223,80	223,80	40,28	18	48,44
MK0050	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.10 MARK MED - Lote * Data Venc.: 20592 * 30/07/2027	90183929	000	5102	UN	40	0,736	29,44	29,44	5,30	18	6,37
MK0022	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.14 MARK MED - Lote * Data Venc.: 20544 * 30/07/2027	90183929	000	5102	UN	30	0,846	25,38	25,38	4,57	18	5,49
MK0051	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.16 MARK MED - Lote * Data Venc.: 20171 * 30/04/2027	90183929	000	5102	UN	30	0,967	29,01	29,01	5,22	18	6,28

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 2- - PEDIDO N. 5501 /// EMPRESA ENQUADRADA NO REGIME ESPECIAL CF ARTIGO 482 INC 3 DO RICMS, APROVADO PELO DECRETO 45.490 DE 30/11/2000	<b>RECEBIDO:</b> <u>Lania</u>  <b>DATA:</b> <u>18/01/24</u>  <b>SETOR:</b> <u>Farmacia</u>
---	--

## Carta de Correção

Orgão Recepção do Evento	Ambiente	Versão
35 - SÃO PAULO	1 - Produção	1.00

Chave de Acesso	Id do Evento
35240117441839000168550010000186821917887424	ID1101103524011744183900016855001000018682191788742401
Autor Evento (CNPJ / CPF)	Data Evento
17.441.839/0001-68	16/01/2024 às 08:25:27-03:00

Tipo de Evento	Sequencial do Evento
110110 - Carta de Correção	1

### Detalhes do Evento

Descrição do Evento	Versão
Carta de Correção	1.00

Texto da Carta de Correção
DADOS ADICIONAIS: TERMO DE CONVENIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023

### Autorização pela SEFAZ

Mensagem de Autorização	Protocolo	Data/Hora Autorização
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	135240109160492	16/01/2024 às 08:25:29-03:00

### Condições de uso da Carta de Correção

A Carta de Correção é disciplinada pelo § 1º-A do art. 7º do Convênio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularização de erro ocorrido na emissão de documento fiscal, desde que o erro não esteja relacionado com: I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, diferença de preço, quantidade, valor da operação ou da prestação; II - a correção de dados cadastrais que implique mudança do remetente ou do destinatário; III - a data de emissão ou de saída.

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 11/01/2024 07:46

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5501

## Pedido de Compra

002

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 152 - BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS		Data Ped: 10/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 35 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo	Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =			Vlr.Total	
Observação do Pedido					
4041- 1 SONDA ASPIRAÇÃO.TRAQUEAL DESC.N.10-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	40,0000	0,7360	0,0000	0,0000	29,4400
Complemento do item					
4043- 1 SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DESC.N.14-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	60,0000	0,8460	0,0000	0,0000	50,7600
Complemento do item					
4044- 1 SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DESC.N.16-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	50,0000	0,9670	0,0000	0,0000	48,3500
Complemento do item					
68238- 1 EXTENSOR DE SERINGA 120CM-UNIDADE-MARCA		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	100,0000	2,2300	0,0000	0,0000	223,0000
Complemento do item					
126974- 2 FITA CREPE 16X50 5000CM-ROLO-NORTON		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	60,0000	3,7300	0,0000	0,0000	223,8000
Complemento do item					

Totais:


Total Bruto dos itens: 575,3500

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
575,3500	0,0000	0,0000	0,0000	575,3500


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Recebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09008 07052.160046 50900.990008 6 96240000295000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	SOQUIMICA LABORAT LTDA EP
<b>Nome/Razão Social:</b>	SOQUIMICA LABORAT LTDA EP
<b>CPF/CNPJ:</b>	59.225.268/0001-74
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	12/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	2.950,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	2.950,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.950,00

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:10:58
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039081525
<b>Chave de segurança:</b>	SLSAECPW2FQC94G3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

**Identificação do emittente**  
**SOQUIMICA LABORATORIOS LTDA**  
 Avenida Janio Quadros, 200 - Distrito Industrial Ulisses  
 Guimarães - São José do Rio Preto - SP  
 Fone: 1721393090  
 Cnpj: 15.092-602

DOCUMENTO AUXILIAR  
 DA NOTA FISCAL  
 ELETRÔNICA  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  1  
 Nº 153331  
 SÉRIE 1  
 FL 1/1



Chave de acesso  
**3524 0159 2252 6800 0174 5500 1000 1533 3113 7784 2033**

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
<http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal/>

Protocolo de autorização de uso  
**135240070760862 - 10/01/2024 17:32:01**

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**  
 Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

**INSCRIÇÃO ESTADUAL** 647.255.349/114

**IE SUBST. TRIBUTÁRIO**

**CNPJ** 59.225.268/0001-74

**DESTINATÁRIO REMETENTE**

**NOME / RAZÃO SOCIAL**  
 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

**CNPJ / CPF** 55.110.753/0001-41

**DATA DE EMISSÃO** 10/01/2024

**ENDEREÇO**  
 RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753

**BAIRRO / DISTRITO** CENTRO

**CEP** 14180000

**DATA ENTRADA / SAÍDA**

**MUNICÍPIO** Pontal

**FONE / FAX** 163953-1716

**UF** SP

**INSCRIÇÃO ESTADUAL** Isento

**HORA DA SAÍDA**

**FATURA**

Fatura: 1 Vencimento: 12/02/2024 Valor: 2.950,00

**CALCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CALCULO DO ICMS	2.950,00	VALOR DO ICMS	531,00	BC ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	2.950,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	2.950,00

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

**RAZÃO SOCIAL**  
 NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTES LTDA ME

**FRETE POR CONTA**  
 0 - EMITENTE  
 1 - DESTINATÁRIO  0

**CÓDIGO ANTT**

**PLACA DO VEÍCULO**

**UF** SP

**CNPJ / CPF** 15.066.184/0001-60

**ENDEREÇO**  
 RUA MARIA CERON VOLPE 2260 JARDIM PASCUTTI 15077020

**MUNICÍPIO** São José do Rio Preto

**INSCRIÇÃO ESTADUAL** 647598751114

**QUANTIDADE** 1

**ESPECIE** CAIXA

**MARCA** SOQUIMICA

**NUMERAÇÃO** 0

**PESO BRUTO** 0,000000 Kg

**PESO LIQUIDO** 0,000000 Kg

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNITARIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
00019762	FITA ACCU-CHEK active tender tests cx 50 un - ROCHE DIABETES CARE Total aproximado de tributos: R\$ 803,88	3822.19.20	7.00	5102	UN	50,000000	59,000000	2.950,00	2.950,00	531,00	0,00	18,00	0,00
Nº Lote: 26074732 Qtd: 50,00 Fab: 22/05/2023 Val: 21/02/2025													

**CÁLCULO DO ISSQN**

**INSCRIÇÃO MUNICIPAL**

**VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS** 0,00

**BASE DE CÁLCULO ISSQN** 0,00

**VALOR DO ISSQN** 0,00

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

PEDIDO 5499 TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023  
 Total aproximado de tributos: R\$ 803,88  
 Nº de Pedido: 133971  
 Banco Itaú AG: 0045 CC: 09009-9 SoQuímica

FAVOR CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA. DEVOUÇÃO SERÁ ACEITA NO PRAZO DE 24 HORAS DO RECEBIMENTO E COM A INTEGRIDADE TOTAL DO PRODUTO E EMBALAGEM

RESERVA DE EMISSÃO

**RECEBIDO:** *Jania*

**DATA:** 11 / 01 / 24

**SETOR:** *Farmacia*



Banco Itaú SA

341-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no itau. Após o vencimento, somente no ITAU						Vencimento 12/02/2024
Beneficiário SOQUIMICA LABORATORIOS LTDA CNPJ:59.225.268/0001-74 Janio Quadros,200-Distrito Industrial Ulisses Guimarães-São José do Rio Preto/SP-CEP:15.092-60z						Agência / Código do Beneficiário 0045/09009-9
						Nosso Número 109/00070521-6
Data de Emissão 10/01/2024	Número do documento 153331/1	Espécie R\$	Espécie Doc. Bo	Aceite N	Data do Processamento	(=) Valor do documento 2.950,00
Uso do Banco	Carteira		Quantidade		Valor	(-) Desconto / abatimento
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFEICIÁRIO. PROTESTAR APÓS 05 DIAS ÚTEIS DO VENCIMENTO						(+) Multa / Mora
Multa de 2.0% a partir de 5 dias após o vencimento						(=) Valor cobrado

Pagador	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 14180000, PONTAL - SP	CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41
Sacador / Avalista		

Autenticação Mecânica



Banco Itaú SA

341-7

34191.09008 07052.160046 50900.990008 6 96240000295000

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no itau. Após o vencimento, somente no ITAU						Vencimento 12/02/2024
Beneficiário SOQUIMICA LABORATORIOS LTDA CNPJ:59.225.268/0001-74						Agência / Código do Beneficiário 0045/09009-9
						Nosso Número 109/00070521-6
Data de Emissão 10/01/2024	Número do documento 153331/1	Espécie Doc. Bo	Aceite N	Data do Processamento		(=) Valor do documento 2.950,00
Uso do Banco	Carteira	Espécie R\$	Quantidade		Valor	(-) Desconto / abatimento
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFEICIÁRIO. PROTESTAR APÓS 05 DIAS ÚTEIS DO VENCIMENTO						(+) Multa / Mora
Multa de 2.0% a partir de 5 dias após o vencimento						(=) Valor cobrado

Pagador	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 14180000, PONTAL - SP	CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41
Sacador / Avalista		

Autenticação Mecânica



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 10/01/2024 09:25

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5499

**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO	Fornecedor: 166 - SOQUIMICA LABORATORIO LTDA	Data Ped: 10/01/2024
Prz.Entr: 7 DIAS	Cond.Pagto: 35 DIAS	Dt Env. Forn:
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA	Status do pedido: Não Entregou	
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)
Centro de Custo	Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido	TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023	
69954- 3 FITA- ACCU CHEC -CAIXA C/50-MARCA	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	50,0000 59,0000 0,0000 0,0000	2.950,0000
Complemento do item		

Totais:

	Total Bruto dos itens:	2.950,0000		
	Total Descontos dos itens:	0,0000		
	Total IPI dos itens:	0,0000		
Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
2.950,0000	0,0000	0,0000	0,0000	2.950,0000


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Recebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09008 37357.958927 82179.030000 9 96280000131492
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
<b>Nome/Razão Social:</b>	HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.872.656/0001-10
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	16/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	1.314,92
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.314,92
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.314,92

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:12:33
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039080035
<b>Chave de segurança:</b>	CMU1Y48W6AHJ2X2A

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Atô CAIXA: 0800 104 0104



LOGÍSTICA HOSPITALAR

HDL LOGISTICA HOSPITALAR

AV INGLATERRA N.40
Bairro TIBERY,UBERLANDIA, MG
Fone: (34) 3221-5300, CEP:38405050

DANFE

Documento Auxiliar
da Nota Fiscal
Eletrônica



CHAVE DE ACESSO

3124 0111 8726 5600 0110 5500 1000 4559 1114 2105 1196

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131245776949860 18/01/2024 13:33:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL
0015881100069

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813014730110

CNPJ
11.872.656/0001-10

RAZÃO SOCIAL
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ/CPF
1883 55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO
18/01/2024

ENDEREÇO
R ANANIAS COSTA FREITAS Nº 753

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
14.180-000

MUNICÍPIO
PONTAL

FONE/FAX

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

29 | BOL=001 Venc=16/02/2024 Valor=1.314,92

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.314,92

VALOR DO ICMS

131,79

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.314,92

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.314,92

RAZÃO SOCIAL
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.

FRETE POR CONTA
0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
11.872.656/0001-10

ENDEREÇO
Av INGLATERRA N. 40

MUNICÍPIO
UBERLANDIA

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
0015881100069

QUANTIDADE
8,00

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PEDIDO

1833139

PESO BRUTO

26,7600 Kg

PESO LÍQUIDO

Table with columns: QTD. PROD., DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS, NCM/SH, CST, CFOP, UN., QUANTIDADE, V.UNITÁRIO, V.DESCONTO, % DESC., V. TOTAL, ICMS, V. ICMS, etc. Rows include items like EQUIPO MULTIVIA 2 VIAS L.SLIP CLAMP, MALHA TUBULAR, SCALP 21G LOCK C/ 100 UN, etc.

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ICMS ALIQUOTA 12%, SERINGA E AGULHAS CONF ART 54. INCISO XV ITEM A E B RICMS-SP
O: 5532 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 T. A N. 004/2023 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$74,98
+ FCP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. | ( ) ( ) ( ) ( )

RESERVADO AO FISCO



LOGÍSTICA HOSPITALAR

HDL LOGISTICA HOSPITALAR  
Av INGLATERRA N.40  
Bairro TIBERY,UBERLANDIA, MG  
Fone: (34) 3221-5300, CEP:38405050

DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAIDA  
Nº 455.911  
SÉRIE 1 FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3124 0111 8726 5600 0110 5500 1000 4559 1114 2105 1196

Consulta de autenticidade no portal nacional da  
NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131245776949860 18/01/2024 13:33:41

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813014730110

CNEJ  
11.872.656/0001-10

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
0015881100069

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.DESCONTO	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	AL. ICMS	AL. IPI
700	TORNEIRYNHA 3 VIAS L.LOCK C/100 UN 490046   266627   80245210206   EMBRAMED   Lote: 2300036109 D.Fab: 06/12/23 D.Val: 05/11/26   0,0000 Referencia:266627	90189010	000	6108	UH	4	145,00000	0,00	0,00	580,00	580,00	69,60	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00

RECEBIDO:

Jania

DATA:

22 / 01 / 24

SETOR:

farmacia



LOGÍSTICA HOSPITALAR

HDL LOGISTICA HOSPITALAR

Av INGLATERRA N.40  
Bairro TIBERY,UBERLANDIA, MG  
Fone: (34) 3221-5300, -CEP:38405050

DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica0 - ENTRADA  
1 - SAIDA  1  
Nº 455.911  
SÉRIE 1 FOLHA 3/2

CHAVE DE ACESSO

3124 0111 8726 5600 0110 5500 1000 4559 1114 2105 1196

Consulta de autenticidade no portal nacional da  
NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131245776949860 18/01/2024 13:33:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0015881100069

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

813014730110

CNEF

11.872.656/0001-10

## Política de Devolução

A HDL Logística Hospitalar Ltda vem através desta orientar sobre o recebimento de nossos produtos e sua Política de Devolução.

É imprescindível a conferência da mercadoria no ato da entrega, pois caso aja alguma ocorrência ou irregularidade elas devem estar descritas no documento da transportadora para que se possam apurar os fatos e tomar as medidas cabíveis em relação ao ocorrido.

Solicitamos que no momento do desembarque o responsável pela conferência da NF e carga, aja da seguinte maneira:

- Verifique se o Número de Volumes corresponde ao número de volumes descrito na nota fiscal;
- Verifique se as Etiquetas de Despacho nos produtos correspondem à nota fiscal recebida;
- Verifique se a Embalagem Externa está intacta, inviolada, seca e sem qualquer tipo de dano aparente;
- Para Produto Termolábil(2 A 8°C) abra a caixa e verifique a temperatura;
- Fotografe sempre que possível divergências encontradas;

**NÃO ACEITAREMOS DEVOLUÇÕES DE PRODUTOS APÓS 03 (TRÊS) DIAS DA DATA DE SEU RECEBIMENTO PELO CLIENTE. CASO O CLIENTE RECEBA PRODUTO TERMOLÁBIL COM ALGUMA OCORRÊNCIA/IRREGULARIDADE, DEVERÁ SER DEVOLVIDO NO ATO DA ENTREGA, UMA VEZ QUE A HDL NÃO RECEBERÁ TAIS PRODUTOS APÓS A ENTREGA EFETIVAMENTE REALIZADA.**

Seguem abaixo modelos de observações a fazer como ressalva no verso do CTE (Conhecimento de Transporte Eletrônico) e no canhoto da DANFE (Documento Auxiliar Nota Fiscal Eletrônica) que deverá ser realizado no momento do recebimento, somente desta forma as transportadoras reconhecem a avaria.

### EM CASO DE RECEBIMENTO COM AVARIAS/DESVIO DE TEMPERATURA:

"Declaro estar recebendo a carga da NF xxx, com quantidade(s) xxxdo(S) lote(S) xxx avariada (descrever tipo de avaria)"carimbo, assinatura e data. Encaminhar uma cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.

### EM CASO DE RECEBIMENTOS PARCIAIS:

"Declaro estar recebendo a carga da NF xxx, com xxx a menos lote(S) xxx. Do total de xxx estão sendo entregue(s) apenas xxxx lote(S) xxx" carimbo, assinatura e data. Encaminhar cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.

### CASO DE RECUSA:

"Declaro não ter recebido o material referente à NF xxx, por conta de estar (em) com o(S) seguinte(s) problema(S): xxxxxxxxxx." Encaminhar cópia da ressalva para [farmacia@hdlhospitalar.com.br](mailto:farmacia@hdlhospitalar.com.br) e [logistica@hdlhospitalar.com.br](mailto:logistica@hdlhospitalar.com.br) e aguardar orientações.



**BANCO ITAU S/A****| 341-7 |**

34191.09008 37357.958927 82179.030000 9 96280000131492

**RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA		CNPJ/CPF 11.872.656/0001-10		Sacador Avalista	Vencimento: 16/02/2024
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista Av INGLATERRA,40 TIBERY UBERLÂNDIA - MG 38.405-050					
Nosso Número 109/00373579-5	Carteira 109	Espécie DM	Quantidade	Valor	Agência/Código Beneficiário 8928/21790-3
Data do Documento 18/01/2024	Número do Documento 455911 - 1	Espécie do Documento	Aceite N	Data Processamento 18/01/2024	Valor do Documento 1.314,92

Autenticação Mecânica

**BANCO ITAU S/A****| 341-7 |**

34191.09008 37357.958927 82179.030000 9 96280000131492

Local do Pagamento: <b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ</b> <b>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ</b>					Vencimento: 16/02/2024
Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA		CNPJ/CPF 11.872.656/0001-10		Agência/Código Beneficiário 8928/21790-3	
Data do Documento 18/01/2024	Número do Documento 455911 - 1	Esp. Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 18/01/2024	Nosso Número 109/00373579-5
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.314,92
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.  APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 26,30 APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 2,63 POR DIA DE ATRASO.  PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO DEPOSITO C/C, SE NAO AUTORIZADO, NAO QUITA O DEBITO.					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R ANANIAS COSTA FREITAS,753 14.180-000-PONTAL -SP Sacador/Avalista					

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



SIH-R<HCMP0004> Emissão 18/01/2024 07:52  
 Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
 CNPJ: 55.110.753/0001-41  
 FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página  
1  
 No. Pedido  
5532

**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG) Data Ped: 18/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS Cond.Pagto: 30 DIAS Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) Situação do Item No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)

Centro de Custo Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) = Vlr.Total

Observação do Pedido

67027- 1 EQUIPO CLMP 2 VIAS NEONATAL-UND-MARCA Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 40,0000 2,2500 0,0000 0,0000 90,0000

Complemento do item

77011- 2 MALHA TUBULAR 20CM ROLO 15 METROS-ROLO- Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 3,0000 12,1000 0,0000 0,0000 36,3000

Complemento do item

85972- 1 SCALP N. 21-UNIDADE-MARCA DISPONVIEL Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 500,0000 0,2200 0,0000 0,0000 110,0000

Complemento do item

86514- 1 SERINGA DESC.10ML BICO SLIP -UNIDADE- Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 1.000,00 0,2150 0,0000 0,0000 215,0000

Complemento do item

86538- 1 SERINGA DESC.20ML BICO SLIP-UNIDADE-MARCA Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 900,0000 0,3151 0,0000 0,0000 283,5900

Complemento do item

92216- 1 TORNEIRINHA DESC.3 VIAS C/LUER LOOK- Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 400,0000 1,4500 0,0000 0,0000 580,0000

Complemento do item

Totais: Total Bruto dos itens: 1.314,8900  
 Total Descontos dos itens: 0,0000  
 Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido  
 1.314,8900 0,0000 0,0000 0,0000 1.314,8900

\_\_\_\_\_  
 COMPRAS

\_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

**Banco Receptor:** CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

**Pagador Final / Efetivo**

**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41

**Nome:** IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

**Conta de débito:** 3472 | 003 | 00000989-0

**Histórico do Pagamento:** PG BLOQTO

**Representação numérica do código de barras:** 00190.00009 02843.923000 00038.239174 8 96240000222253

**Instituição Emissora - Nome do Banco:** BANCO DO BRASIL S/A

**Código do Banco:** 001

**Beneficiário original / Cedente**

**Nome Fantasia:** CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA ME

**Nome/Razão Social:** CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA . EPP

**CPF/CNPJ:** 02.736.951/0001-59

**Pagador Sacado**

**Nome/Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA

**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41

**Pagador Final - Correntista**

**Nome/Razão Social:** IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

**CPF/CNPJ:** 55.110.753/0001-41

**Data do Vencimento:** 12/02/2024

**Data de Efetivação / Agendamento:** 08/02/2024

**Valor Nominal do Bolet:** 2.222,53

**Juros (R\$):** 0,00

**IOF (R\$):** 0,00

**Multa (R\$):** 0,00

**Desconto (R\$):** 0,00

**Abatimento (R\$):** 0,00

**Valor Calculado (R\$):** 2.222,53

**Valor Pago (R\$):** 2.222,53

**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:11:29

**Código da operação:** 039081030

**Chave de segurança:** YUFEKGA0USQ2F9X4

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Aiô CAIXA: 0800 104 0104

 <p><b>CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP</b>  RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623  MONTE ALEGRE  RIBEIRAO PRETO - SP  CEP: 14.051-150  Fone: (16) 3963-2829</p>	<p><b>DANFE</b>  Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p>	<p>CONTROLE DO FISCO</p> 
	<p>0 - ENTRADA 1  1 - SAIDA</p> <p>No: 060.678  Série: 1 FL: 1/1</p>	<p>3524.0102.7369.5100.0159.5500.1000.0606.7813.0248.5555</p>

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		CHAVE DE ACESSO DA NF - P/ CONSULTA DE AUTENTICACAO NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 3524.0102.7369.5100.0159.5500.1000.0606.7813.0248.5555	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 582475777112	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 02.736.951/0001-59	Protocolo de autorização 135240075434608 - 11/01/2024 10:00:36

DESTINATÁRIO REMETENTE			CNPJ/CPF 55.110.753/0001-41		DATA EMISSÃO 11/01/2024
NOME RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL			BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 14.180-000	DATA DA SAÍDA 11/01/2024
ENDEREÇO RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753			MUNICÍPIO PONTAL	FONE / FAX (16) 3953-9100	HORA DA SAÍDA

FATURA 001 R\$ 2.222,53 12/02/2024
---------------------------------------

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.930,33	VALOR DO ICMS 339,46	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.222,53	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 2.222,53

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 1 - EMITENTE 2 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT 1	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
QUANTIDADE 4 volumes		ESPÉCIE	MARCA	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO				

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
2306	AGULHA SPINAL 25GX3 1/2" (90X5) c/25 UNISIS Validade: 28/01/2028 Lote: 23B348	90183219	000	5102	UN	25	5,3300	133,25	133,25	15,99	0,00	12,00	0,00
844	APARELHO DE PRESSAO ADULTO FECHO VELCRO (ESFIG) PREMIUM Validade: 10/04/2043 Lote: 192301	90189069	000	5102	UN	6	74,7800	448,68	448,68	80,76	0,00	18,00	0,00
1128	COMPRESSA GAZE 7,5X7,5 9F C/10 - LIVIA CX C/1020 AMERICAN Validade: 10/10/2028 Lote: B45-1	30059090	000	5102	EV	2.040	0,4600	938,40	938,40	168,91	0,00	18,00	0,00
1283	EXTENSAO P/ ASPIRACAO 3MTS C/CONECTOR GRADUADO C/60 FLEXOR Validade: 02/11/2025 Lote: 23234850	90183929	040	5102	UN	60	4,8700	292,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
920	MICROPORE 50x10 ad pele MISSNER Validade: 10/10/2025 Lote: RAM24701	30051090	000	5102	UN	40	5,1900	207,60	207,60	37,37	0,00	18,00	0,00
1256	BOBINA TERMO SELANTE 20X100M POLLITEX Validade: 09/09/2026 Lote: 2043	48043990	000	5102	UN	2	101,2000	202,40	202,40	36,43	0,00	18,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
	o pedido de compra numero 5504 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 ? T. A N. 004/2023 NCM:90183929-ISENCAO DO ICMS Artigo 14, 2, do Anexo I do RICMS/SP ISENTO ICMS CONV 1 DE 02/3/99 PRORR. 30/9/2019-CONV. PELO ICMS NR 49 DE 25/04/2017 PIS/CONFINS REDUZ. ZERO ART. I, INC. III DECRETO 6426 DE 2008(NCM S 9018.39.29 E9018.90.95).	

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado. Emissão: 11/01/2024 Destinatário: IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONT Valor Total: 2.222,53		<b>RECEBIDO:</b> <i>Janie</i>  <b>DATA:</b> <u>18 / 01 / 24</u>  <b>SETOR:</b> <i>Farmacia</i>
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

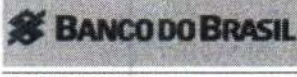
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e No: 060.678 SÉRIE: 1 FL: 1/1
---------------------	---	---



001-9

Comprovante de Entrega

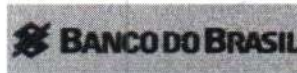
Beneficiário CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0		Agencia / Código Beneficiário 6504-8/1062-6		Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)		
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL -		Nosso Número 28439230000038239		<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe nº. indicado
Vencimento 12/02/2024	Número do Documento 060678/1	Espécie R\$	Valor do Documento 2.222,53	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não procurado	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente
				<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)
Recebemos o Título com as características acima		Data	Assinatura	Data	Assinatura	
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO					Data do Processamento 11/01/2024	



001-9

Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 12/02/2024	
Beneficiário CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59 RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, / Fone:					Agência / Código Beneficiário 6504-8/1062-6	
Data do Documento 11/01/2024	Numero do Documento 060678/1	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 11/01/2024	Nosso Número 28439230000038239	
Uso do Banco	Carteira 17/035	Especie R\$	Quantidade	Valor	( = ) Valor do Documento 2.222,53	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 4,45 por dia de atraso					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deducoes	
					( + ) Mora / Multa / Juros	
					( + ) Outros Acrescimos	
					( = ) Valor Cobrado	
Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL - 363 RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO, PONTAL / SP - 14180000					CPF / CNPJ 55.110.753/0001-41	
Beneficiário Final:					Código de Baixa	
Recebimento através do cheque número do banco.					Autenticação Mecânica	
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.						



001-9

00190.00009 02843.923000 00038.239174 8 96240000222253

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 12/02/2024	
Beneficiário CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59 RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, / Fone:					Agência / Código Beneficiário 6504-8/1062-6	
Data do Documento 11/01/2024	Numero do Documento 060678/1	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 11/01/2024	Nosso Número 28439230000038239	
Uso do Banco	Carteira 17/035	Especie Moeda R\$	Quantidade	Valor	( = ) Valor do Documento 2.222,53	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 4,45 por dia de atraso					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deducoes	
					( + ) Mora / Multa / Juros	
					( + ) Outros Acrescimos	
					( = ) Valor Cobrado	
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL - 363 RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO, PONTAL / SP - 14180000					CPF / CNPJ 55.110.753/0001-41	
Beneficiário Final:					Código de Baixa	



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 11/01/2024 07:36

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5504

## Pedido de Compra

002

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 2 - CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA		Data Ped: 10/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 35 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo	Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =			Vlr.Total	
Observação do Pedido					
4026- 2 MICROPORE 50X10 1000CM-ROLO-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	40,0000	5,1900	0,0000	0,0000	207,6000
Complemento do item					
48264- 2 AGULHA RAQUI SPINAL 25G X 3 1/2-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	25,0000	5,3300	0,0000	0,0000	133,2500
Complemento do item					
62765- 1 COMPRESSA DE GASE 7,5X7,5 9FIOS C/10		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	2.040,00	0,4600	0,0000	0,0000	938,4000
Complemento do item					
66357- 2 EMBALAGEM TUBULAR DESC.2FACE 20CM-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	2,0000	101,2000	0,0000	0,0000	202,4000
Complemento do item					
98310- 1 APARELHO DE PRESSAO ADULTO FECHO VELCRO		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	6,0000	74,7800	0,0000	0,0000	448,6800
Complemento do item					
124311- 1 EXTENSAO ASPIRACAO 3 METROS PVC-UNIDADE-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA	60,0000	4,8700	0,0000	0,0000	292,2000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens: 2.222,5300

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
2.222,5300	0,0000	0,0000	0,0000	2.222,5300


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Recebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 02903.749006 00036.891174 8 96260000069150
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
<b>Nome/Razão Social:</b>	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
<b>CPF/CNPJ:</b>	04.274.988/0002-19
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORD
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	14/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	691,50
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	691,50
<b>Valor Pago (R\$):</b>	691,50

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:11:44
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039080723
<b>Chave de segurança:</b>	C1L58PNHG1M9ZUAU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
AÍO CAIXA: 0800 104 0104



348

**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

 RUA HUMAITA, 290  
 SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680  
 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da Nota  
 Fiscal Eletrônica

 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

1

 N°. 000.110.329  
 Série 001  
 Folha 1/1


CHAVE DE ACESSO

3524 0104 2749 8800 0138 5500 1000 1103 2910 2237 1542

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135240076508822 - 11/01/2024 11:42:22

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

5500

INSCRIÇÃO ESTADUAL

582596876113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ / CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

11/01/2024

ENDEREÇO

R ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

PONTAL

UF

FONE / FAX

1639531716

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

 Num. 001  
 Venc. 14/02/2024  
 Valor R\$ 691,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
255,50	34,08	0,00	0,00	0,00	0,00	691,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	691,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

12.270.745/0004-00

ENDEREÇO

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330

MUNICÍPIO

SUMARE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

671495090114

QUANTIDADE

4

ESPÉCIE

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

49,700

PESO LÍQUIDO

49,700

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
52136	AGULHA DESCARTAVEL 13X0,45MM CX C/ 100 UN/SOL-MILLENNIUM Lote: 02012110 Qt: 300 Fab: 01/05/21 Val: 30/04/26	90183219	100	5102	UN	300	0,0450	13,50	13,50	1,62			12,00	
50348	AGULHA DESCARTAVEL 40X1,20MM C/ 100/LABOR IMPORT Lote: 09052022 Qt: 1000 Fab: 01/05/22 Val: 31/05/25	90183219	100	5102	UN	1.000	0,0570	57,00	57,00	10,26			18,00	
52250	ATADURA GESSADA 20CMX4M CX C/ 20 UNID CYSNE/CREMER Lote: 097262252 Qt: 100 Fab: 20/12/22 Val: 19/12/25 FCE: E9751795-AB10-4631-846D-121587468E41	90211099	540	5102	UN	100	4,3600	436,00	0,00	0,00			0,00	
50405	SERINGA DESC 20ML S/ AGULHA LUER SLIP CX C/ 250 UNID/SR Lote: K1533 Qt: 500 Fab: 24/10/23 Val: 24/10/28	90183119	100	5102	UN	500	0,2600	130,00	130,00	15,60			12,00	
50389	SERINGA DESC 5ML S/ AGULHA LUER SLIP CX C/ 500UN/SR Lote: K1396 Qt: 500 Fab: 22/09/23 Val: 22/09/28	90183119	100	5102	UN	500	0,1100	55,00	55,00	6,60			12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 Inf. Contribuinte:  
 PEDIDO 5502 - TERMO DE CONVENIO No 002/2022 T. A No 004/2023  
 Vendedor: 162-ATIVA REGIAO 16 - MARUI Id Mov:2237154  
 BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4  
 BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0  
 PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38

"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"

 Inf. fisco:  
 Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 106,36 Estadual: R\$ 109,14 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT  
 (A) Isento conforme convenio 126/10
RECEBIDO: *Jania*

RESERVADO AO FISCAL

DATA: 18/01/24

SETOR: *Farmacia*



**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**RUA HUMAITÁ, 290  
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP  
Fone:(16)3993-9100**BANCO DO BRASIL****RECIBO DO PAGADOR**



Beneficiário: <b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP - 04.274.988/0001-38</b>	Agência/Cod.Beneficiário <b>3370-7/0066926-1</b>	Data do Documento <b>11/01/2024</b>	Vencimento <b>14/02/2024</b>
Pagador: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575) R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO 14180-000 - PONTAL-SP</b>	Número Documento: <b>110329-01</b>	Nosso Número: <b>2903749000036891</b>	Valor do Documento: <b>691,50</b>

**Autenticação Mecânica****BANCO DO BRASIL****001-9****00190.00009 02903.749006 00036.891174 8 96260000069150**

Local de Pagamento: <b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>14/02/2024</b>
Beneficiário <b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA - 04.274.988/0001-38</b>					Agência/Cód.Beneficiário <b>3370-7/0066926-1</b>
Endereço Beneficiário <b>RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP</b>					
Data do documento: <b>11/01/2024</b>	No. do documento <b>110329-01</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Accite <b>N</b>	Data Processamento <b>11/01/2024</b>	Nosso Número <b>2903749000036891-6</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie Moeda <b>RS</b>	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento <b>691,50</b>
<b>Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)</b> PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 2,07 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 13,83 SUJEITO A PROTESTO 2 DIAS APÓS O VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)  
R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO  
14180-000 - PONTAL-SP  
55.110.753/0001-41**Ficha de Compensação****Autenticação Mecânica**

Declaro ter recebido 2400 unidade(s)/ 4 volumes  
de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA  
(04.274.988/0001-38) os produtos constantes  
da nota fiscal 000110329 serie 001  
e pedido 2237154 de 11/01/2024  
Pedido fornecedor:  
Reclamações/Devoluções:  
Prazo máximo 24 horas do recebimento

CIDADE <b>PONTAL-SP</b>		ROTA
CLIENTE <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>		CNPJ <b>55.110.753/0001-41</b>
TRANSPORTADORA <b>PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA</b>		
NOTA 	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
		PEDIDO 

#### Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000110329

( ) Avaria ( ) Falta ( ) Excedente ( ) Desacordo

Item: \_\_\_\_\_

Quantidade: \_\_\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

No caso de avarias: ( ) Avaria caixa interna ( ) Avaria caixa externa

No caso de falta: ( ) Falta de volume ( ) Falta interna de produto

#### Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000110329

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes.

Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 11/01/2024 07:41

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5502

## Pedido de Compra

002

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 148 - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA (RPO)		Data Ped: 10/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 35 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo		Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =			Vlr.Total
Observação do Pedido					
47909- 1 AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5-UNIDADE-MARCA			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	300,0000	0,0450	0,0000	0,0000	13,5000
Complemento do item					
47958- 1 AGULHA DESCARTAVEL 40X12-UNIDADE-MARCA			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	1.000,00	0,0570	0,0000	0,0000	57,0000
Complemento do item					
50234- 1 ATADURA GESSADA 20 CM-UNIDADE-MARCA			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	100,0000	4,3600	0,0000	0,0000	436,0000
Complemento do item CREMER					
86484- 1 SERINGA DESC.5ML BICO SLIP-UNIDADE-MARCA			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	500,0000	0,1100	0,0000	0,0000	55,0000
Complemento do item					
86538- 1 SERINGA DESC.20ML BICO SLIP-UNIDADE-MARCA			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	500,0000	0,2600	0,0000	0,0000	130,0000
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens: 691,5000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
691,5000	0,0000	0,0000	0,0000	691,5000


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
Conta de débito:	3472   003   00000989-0

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	40390.00007 49802.920006 72885.896018 1 96280000011660
Instituição Emissora - Nome do Banco:	CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A.
Código do Banco:	403
Código do ISPB:	37880206
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	Cora SCD SA
Nome/Razão Social:	Cora SCD SA
CPF/CNPJ:	37.880.206/0001-63
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	Quiron Comercial Hospitalar Ltda
CPF/CNPJ:	49.802.920/0001-12
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Irmandade Da Santa Casa De Misericordia De Pontal
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	16/02/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/02/2024
Valor Nominal do Boleto:	116,60
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	116,60
Valor Pago (R\$):	116,60

Data/hora da operação:	08/02/2024 14:13:06
------------------------	---------------------

Código da operação:	039079462
Chave de segurança:	P213PMMVL474F8YY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**QUIRON COMERCIAL  
HOSPITALAR LTDA**

RUA ADALBERTO PAJUABA, 386 - - SUMAREZINHO, Ribeirão Preto, SP - CEP: 14055220 - Fone/Fax: 16991686617

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº 000.000.072

SÉRIE: 1

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524 0149 8029 2000 0112 5500 1000 0000 7210 0600 1088

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135240163111835 - 23/01/2024 13:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL

120627932110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

49.802.920/0001-12

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ/CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

23/01/2024

ENDEREÇO

R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 -

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DE ENTRADA/SAÍDA

23/01/2024

MUNICÍPIO

Pontal

FONE/FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE ENTRADA/SAÍDA

13:05

FATURA

/ Num.: 001 / V. Orig.: 116,60 / V. Liq.: 116,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	116,60
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	116,60

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	3-Remetente Próprio				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
2502	AGULHA HIPO DESC. 25 x 07 - c/100	90183219	0400	5102	1	17,0000	5,3000	90,10					
2504	AGULHA HIPO DESC. 25 x 08 - C/100	90183219	0400	5102	1	5,0000	5,3000	26,50					

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
20158281		<b>RECEBIDO:</b>	

DADOS ADICIONAIS

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Duplicata - Num.: 001, Venc.: 16/02/2024, Valor: 116,60</p> <p>TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T.A Nº 004/2023.</p> <p>PEDIDO 5530</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p><b>DATA:</b> 23 / 01 / 2024</p> <p><b>SETOR:</b> <i>[assinatura]</i></p>
---	---

Um banco exclusivo para empresas.  
Acesse ou clique: [cora.com.br](http://cora.com.br)



A parte simples do seu negócio.



Valor  
R\$ 116,60



Vencimento  
16/02/2024

### Beneficiário

Quiron Comercial Hospitalar Ltda  
CNPJ 49.802.920/0001-12

### Descrição

Nf 72  
PEDIDO 5530

### Antes do vencimento

R\$ 0,00  
desconto

### Após o vencimento

R\$ 2,33      1,00%  
multa              juros

Intermediado por: Cora Sociedade de Crédito  
Direto  
CNPJ 37.880.206/0001-63



Escaneie o QR code ou código de barras



Código de pagamento para copiar:

40390.00007 49802.920006  
72885.896018 1 96280000011660



Pague esse boleto via Pix com o QR code abaixo



Data de emissão: 23/01/2024

Tudo na Cora é tão simples quanto emitir este boleto. Abra sua conta grátis.

cora | 403-9 |

40390.00007 49802.920006 72885.896018 1 96280000011660

Local de Pagamento				Pagável em qualquer agência bancária		Vencimento		16/02/2024	
Beneficiário				Quiron Comercial Hospitalar Ltda		CPF/CNPJ do Beneficiário		49.802.920/0001-12	
Data do Documento				23/01/2024		N.º do Documento		72885896	
Espécie Doc		DV		Aceite		N		Nosso Número	
Agência/Código do Beneficiário		0001		Espécie Moeda		R\$		498029200072885896	
Quantidade Moeda		(x) Valor		(-) Valor do Documento		116,60		(-) Desconto	
(-) Outras Deduções/Abatimento		(+/-) Valor Cobrado		(-) Mora/Multa/Juros		(+/-) Outros Acréscimos			
Pagador		Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal - CNPJ 55.110.753/0001-41							
Sacador/Avalista									

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



SIH-R<HCMP0004> Emissão 24/01/2024 13:12  
Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página  
1  
No. Pedido  
5537

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 340 - QUIRON COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Data Ped: 18/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS Cond.Pagto: 30 DIAS Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) Situação do Item No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)

Centro de Custo Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) = Vlr.Total

Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	Vlr.Total
47922- 1 AGULHA DESCARTAVEL 25X7-UNIDADE- (4) FARMÁCIA	Não Entregou		90,1000
Complemento do item			

47934- 1 AGULHA DESCARTAVEL 25X8-UNIDADE-MARCA (4) FARMÁCIA	Não Entregou		26,5000
Complemento do item			

Totais:

Total Bruto dos itens:	116,6000
Total Descontos dos itens:	0,0000
Total IPI dos itens:	0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
116,6000	0,0000	0,0000	0,0000	116,6000

  
COMPRAS

  
ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23793.37609 20000.087567 82000.241701 7 96310000039826
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CM HOSPITALAR SA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CM HOSPITALAR SA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>12.420.164/0001-57</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	19/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	398,26
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	398,26
<b>Valor Pago (R\$):</b>	398,26



**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:13:23

**Código da operação:** 039079013

**Chave de segurança:** QN1HT0UF25EXYLKH

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**Mafra**  
distribuímos saúde

**Identificação do emitente**  
**C M HOSPITALAR S.A (CTL)** 47  
EIXO 3, SN  
Complemento: QD 9A. MODULO 26 A 30  
DIST. MINERO IND. CAT CEP: 75709-685  
CATALAO/GO  
Fone: 556432210505

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA 1  
1-SAÍDA



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
5224 0112 4201 6400 0319 5500 1002 6154 2318 3923 0610

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

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**  
VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**  
152247143568207 19/01/2024 14:11:47-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
105022500

INSC ESTADUAL DO SUBST TRIB

CNPJ  
12.420.164/0003-19

**NOME/RAZÃO SOCIAL:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001) **CNPJ/CPF:** 55.110.753/0001-41 **DT. EMISS.** 19/01/2024

**ENDEREÇO:** R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 **BAIRRO/DISTRITO:** CENTRO **CEP:** 14180-000 **DATA ENTRADA/SAÍDA:**

**MUNICIPIO:** PONTAL **FONE/FAX:** 0161639531719 **UF:SP** **INSCRIÇÃO ESTADUAL:** **HORA ENTRADA/SAÍDA:**

**NOME:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL **CNPJ/CPF:** **INSCRIÇÃO ESTADUAL:**

**ENDEREÇO:** R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - **BAIRRO/DISTRITO:** CENTRO **CEP:** 14180-000

**MUNICIPIO:** PONTAL **UF: SP** **FONE/FAX:** 0161639531719 **OBS/ENTREGA:**

**FATURA**  
001  
17/02/2024  
398,26

**CALCULO DO IMPOSTO**  
**BASE DE CALCULO DO ICMS:** 331,87 **VALOR DO ICMS:** 39,82 **BASE DE CALCULO DO ICMS ST:** 0,00 **VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO:** 0,00 **VALOR TOTAL DOS PRODUTOS:** 398,26

**VALOR DO FRETE:** 0,00 **VALOR DO SEGURO:** 0,00 **DESCONTO:** 0,00 **OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS:** 0,00 **VALOR TOTAL DO IPI:** 0,00 **VALOR TOTAL DA NOTA:** 398,26

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**  
**RAZÃO SOCIAL:** HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T2011 **FRETE POR CONTA:** 0-EMITENTE **CÓDIGO ANTT:** **PLACA DO VEÍCULO:** **UF:** **CNPJ/CPF:** 18.320.396/0001-10

**ENDEREÇO:** RUA OSASCO, 949 GALPAO D **MUNICIPIO:** CAJAMAR **UF:** SP **INSCRIÇÃO ESTADUAL:**

**QUANTIDADE:** 2 **ESPECIE:** DIVERSOS **MARCA:** **NUMERAÇÃO:** **PESO BRUTO:** 4,8610 **PESO LIQUIDO:** 4,0610

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
035897	ESPARADRAPO 10CM X4,5M PROCITEX C REMER - CREMER	30051030	520	6108	UN	24,0000	7,990000	191,76	159,80	0,00	19,18	0,00	12,00%	0,00%	24	0063340J	30/10/2025	01/10/2023
208935	FRALDA ADULTO G SAFETY CONFORT F ARDO 08PCT C/08U N - SAFETY CONFOR T	96190000	520	6108	FA	1,0000	101,000000	101,00	84,16	0,00	10,09	0,00	12,00%	0,00%	1	012024	30/01/2027	01/01/2024
209855	ANGIOCATH 22G1 B D UNID REF 3883	90183929	520	6108	UN	50,0000	2,110000	105,50	87,91	0,00	10,55	0,00	12,00%	0,00%	50	3167366	30/06/2028	01/07/2023

**ISSQN**  
**INSCRIÇÃO MUNICIPAL:** 121282 **VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS:** **BASE DE CÁLCULO DO ISSQN:** **VALOR DO ISSQN:**

**DADOS ADICIONAIS**  
**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
OC: 5535 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 ç T. A N 004/2023  
ANEXO IX, ART 8o,VIII, DEC 4.852/97 - RCTE-GO Lei - Lei 12.492/94 - Produto(s): 209855; 035897; 208935  
Nosso Pedido: DEUBR9  
A VÍVEO possui o Programa de Integridade e a Política Antissuborno como ferramentas que direcionam e orientam a todos a atuarem com ética, moralidade, integridade e transparência. Para maiores informações, acesse <https://www.viveo.com.br/compliance>

**Pedido: DEUBR9**  
**Rep.: 011807**

**RESERVADO AO FISCO**

NF-e

Nº 002615423  
SÉRIE 1  
EMPRESA 001003  
000006105750

TICKET

**mafra**  
distribuímos saúdeIdentificação do emitente  
**C M HOSPITALAR S.A (CTL)**  
EIXO 3, SN  
Complemento: QD 9A. MODULO 26 A 30  
DIST.MINERO IND. CAT CEP:75709-685  
CATALAO/GO  
Fone: 556432210505**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA **1**  
1-SAÍDAN. 002615423  
SÉRIE 1  
FOLHA 02/02CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
5224 0112 4201 6400 0319 5500 1002 6154 2318 3923 0610Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ AutorizadaNATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTEPROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
152247143568207 19/01/2024 14:11:47-03:00INSCRIÇÃO ESTADUAL  
105022500

INSC ESTADUAL DO SUBST.TRIB

CNPJ  
12.420.164/0003-19

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q.LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
	3514 - BECTON DI CKINSON - IT (IN FUSION)																	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Rastreabilidade, licitude e autenticidade são garantidas mediante documento fiscal (Art 7º Paragrafo Unico, RDC 430/2020). - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110 Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 23.90. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO: JaniceDATA: 22/02/24SETOR: Sarmata

RECEBEMOS DE C M HOSPITALAR S.A. (CTL) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)

DADOS  
ADICIONAIS

**Bradesco****237-2**

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002417-1	Nro.Documento 002615423	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	Vencimento 19/02/2024	Valor do Documento 398,26	
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

**Bradesco****237-2**

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento <b>19/02/2024</b>
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685					Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002417-1
Data do Documento 19/01/2024	Nro.Documento 002615423	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 19/01/2024	Nosso Número 02/00000875682-9
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>398,26</b>
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-)Desconto Abatimento
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 0,80 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).					(-)Outras Deduções
					(+)Mora/Multa
					(+)Outros Acréscimos
					(=)Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO PONTAL - SP - 14180000	Código Interno: 000726-0001 CNPJ: 55.110.753/0001-41				
					<b>MAFRA</b>
Sacador/Avalista	Autenticação Mecânica				

**Bradesco****237-2****23793.37609 20000.087567 82000.241701 7 96310000039826**

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento <b>19/02/2024</b>
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685					Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002417-1
Data do Documento 19/01/2024	Nro.Documento 002615423	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 19/01/2024	Nosso Número 02/00000875682-9
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento <b>398,26</b>
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-)Desconto Abatimento
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 0,80 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).					(-)Outras Deduções
					(+)Mora/Multa
					(+)Outros Acréscimos
					(=)Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO PONTAL - SP - 14180000	Código Interno: 000726-0001 CNPJ: 55.110.753/0001-41				
					<b>MAFRA</b>
Sacador/Avalista	Autenticação Mecânica				



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 22/01/2024

09:23

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5535

**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO	Fornecedor: 47 - CM HOSPITALAR LTDA (CTL)	Data Ped: 18/01/2024
Prz.Entr: 7 DIAS	Cond.Pagto: 30 DIAS	Dt Env. Forn:
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA	Status do pedido: Não Entregou	
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)
Centro de Custo	Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =	Vlr.Total
Observação do Pedido	TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023	
3995- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 22-UNIDADE-	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	50,0000 2,1100 0,0000 0,0000	105,5000
Complemento do item		
67337- 2 ESPARADRAPO IMPER.10CM X 4,5M-ROLO-CREMER	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	24,0000 7,9900 0,0000 0,0000	191,7600
Complemento do item		
71183- 3 FRALDA GERIATRICA DESC. TAMANHO G-PACOTE-	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	8,0000 12,6250 0,0000 0,0000	101,0000
Complemento do item		

Totais:

Total Bruto dos itens: 398,2600

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
398,2600	0,0000	0,0000	0,0000	398,2600


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	75691.32140 01369.899800 01346.980012 1 96290000132250
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
<b>Código do Banco:</b>	756
<b>Código do ISPB:</b>	02038232
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
<b>Nome/Razão Social:</b>	LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	49.228.695/0001-52
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	SC PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	17/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.322,50
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.322,50
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.322,50

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:12:16
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039080275
<b>Chave de segurança:</b>	M3MMX9KUQMG768X

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**Lumar Comércio de Produtos Farmacêuticos Ltda**  
 Av. Wilson Bego,745  
 Distrito Industrial Franca - SP  
 CEP:14406-091 Fone: (16)37211102

**DANFE**

Documento Auxiliar da  
 Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

1

Nº: 000.255.636

SÉRIE:0 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 0149 2286 9500 0152 5500 0000 2556 3611 1936 9095

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
 VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135240128989073 18/01/2024 11:25:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 310049440111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
 49.228.695/0001-52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal

CNPJ / CPF  
 55.110.753/0001-41

DATA DE EMISSÃO  
 18/01/2024

ENDEREÇO  
 Rua Ananias Costa Freitas, 753

BAIRRO  
 Centro

CEP  
 14180-000

DATA DE SAÍDA  
 18/01/2024

MUNICÍPIO  
 Pontal

FONE / FAX  
 (16)3953-1716

ESTADO  
 SP INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATAS

Número	Vencido	Valor
001	17/02/2024	1322,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.322,50	225,15	0,00	0,00	1.322,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00		0,00	0,00	
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
				1.322,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
 NIKKEY RIO PRETO LOG.E TRANSP.LTDA-ME

FRETE POR CONTA  
 0-EMITENTE  
 1-DESTINATÁRIO

0

CODIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ  
 15.066.184/0001-60

ENDEREÇO  
 RUA MARIA CERON VOLPE , 2260

MUNICÍPIO  
 SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

UF  
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 647598751114

QUANTIDADE  
 8

ESPÉCIE  
 Caixa(s)

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO  
 44,00

PESO LIQUIDO  
 0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESC.	BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
045307	EQUIPO P/TRANSFUS SANGUE Lote:79221101 Qtd: 20 Venc: 31/10/2026	9018.90.10	200	5102	PCT	20,00	4,2000	84,00	0,00	84,00	15,12	0,00	18,00	0,00
049955	CÂTETER NASAL TIPO OCULOS MEDSONDA Lote:71834 Qtd: 50 Venc: 30/06/2027	9018.39.29	000	5102	PCT	50,00	0,9700	48,50	0,00	48,50	8,73	0,00	18,00	0,00
054726	SERINGA DESC.5ML S/AG BICO LUER SLIP Lote:K910 Qtd: 1000 Venc: 30/07/2028	9018.31.19	100	5102	PCT	1.000,00	0,1150	115,00	0,00	115,00	13,80	0,00	12,00	0,00
054728	SERINGA DESC.3ML S/AG BICO LUER SLIP Lote:K825 Qtd: 1000 Venc: 30/06/2028	9018.31.19	100	5102	PCT	1.000,00	0,1000	100,00	0,00	100,00	12,00	0,00	12,00	0,00
062865	EQUIPO MACRO PR C/INJ.LAT. C/FILTRO LS.INJEX Lote:20220116 Qtd: 1500 Venc: 31/01/2027	9018.39.99	200	5102	PCT	1.500,00	0,6500	975,00	0,00	975,00	175,50	0,00	18,00	0,00

**ATENÇÃO SAC**  
**RECLAMAÇÕES e/ou DEVOLUÇÕES**  
 Serão aceitas se efetuadas em até  
 48 horas após entrega.

RECEBIDO: *[Assinatura]*

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lista Positiva 263,50 Lista Neutra 1.059,00  
 Televendas SELMA - Conferente Lia - End. Conf. A  
 Local Entrega Rua Ananias Costa Freitas, 753 Bairro Centro  
 PEDIDO 5531 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023

RESERVADO AO FISCO

DATA: 18/01/2024

SETOR:

Cliente: 529 Pedido: 614751

Impresso em 18/01/2024 11:28:38 por Ana Claudia



Beneficiário <b>LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA</b> <b>WILSON BEGO 745</b> <b>DISTRITO INDUSTRIAL ANTONIO DE</b> <b>FRANCA - SP</b>	49.228.695/0001-52	Vencimento <b>17/02/2024</b>	Valor do Documento <b>1.322,50</b>
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 18/02/2024 Juros 0,23%/dia A partir 18/02/2024 multa de 2,00% Não conceder desconto. deposito / pix não quita esse boleto Protesto no 5º dia útil após Venc.	14406-091	(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
		Data de Emissão <b>18/01/2024</b>	(=) Valor cobrado
		Coop Contr/Cód. Beneficiário <b>3214/3698998</b>	
		Nosso Número <b>13469-8</b>	

#### Dados do Pagador

Nome do pagador <b>SC PONTAL</b>	Número do Documento <b>255636</b>	
Endereço <b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753</b>		
Bairro / Distrito <b>CENTRO</b>		
Município <b>PONTAL</b>	UF <b>SP</b>	CEP <b>14180-000</b>
Mensagem Pagador		

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

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.32140 01369.899800 01346.980012 1 96290000132250

Local de pagamento <b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>					Vencimento <b>17/02/2024</b>
Beneficiário <b>LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA</b> 49.228.695/0001-52					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário <b>3214/3698998</b>
Data do documento <b>18/01/2024</b>	N. documento <b>255636</b>	Espécie <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data processamento <b>18/01/2024</b>	Nosso número <b>13469-8</b>
Uso do Banco	Carteira <b>1</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade <b>0,00</b>	Valor	Valor documento <b>1.322,50</b>
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 18/02/2024 Juros 0,23%/dia A partir 18/02/2024 multa de 2,00% Não conceder desconto. deposito / pix não quita esse boleto Protesto no 5º dia útil após Venc.					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED					(+) Outros acréscimos
Pagador <b>SC PONTAL</b> <b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753</b> <b>CENTRO</b> <b>PONTAL - SP</b>					(=) Valor cobrado
Beneficiário Final					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 18/01/2024 07:51

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5531

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO	Fornecedor: 39 - LUMAR COM DE PROD FARMACEUTICOS LTDA	Data Ped: 18/01/2024
Prz.Entr: 7 DIAS	Cond.Pagto: 30 DIAS	Dt Env. Forn:
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA	Status do pedido: Não Entregou	
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)	Situação do Item	No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)
Centro de Custo	Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =	Vlr.Total
<b>Observação do Pedido</b>		
59882- 1 CATETER NASAL TIPO OCULOS ADULTO -UNIDADE-	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	50,0000 0,9700 0,0000 0,0000	48,5000
Complemento do item		
66941- 1 EQUIPO PARA TRANSFUSAO DE SANGUE-UNIDADE-	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	20,0000 4,2000 0,0000 0,0000	84,0000
Complemento do item		
66990- 1 EQUIPO P/SORO MACRO GOTAS C/INJETOR	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	1.500,00 0,6500 0,0000 0,0000	975,0000
Complemento do item		
86472- 1 SERINGA DESC.3ML BICO SLIP-UNIDADE-MARCA	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	1.000,00 0,1000 0,0000 0,0000	100,0000
Complemento do item		
86484- 1 SERINGA DESC.5ML BICO SLIP-UNIDADE-MARCA	Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	1.000,00 0,1150 0,0000 0,0000	115,0000
Complemento do item		

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.322,5000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
1.322,5000	0,0000	0,0000	0,0000	1.322,5000


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	40390.00007 49802.920006 72488.618017 4 96280000040735
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	403
<b>Código do ISPB:</b>	37880206
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>Cora SCD SA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>Cora SCD SA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>37.880.206/0001-63</b>
<b>Sacador Avalista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	Quiron Comercial Hospitalar Ltda
<b>CPF/CNPJ:</b>	49.802.920/0001-12
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	Irmandade Da Santa Casa De Misericordia De Pontal
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	16/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	407,35
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00

<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	407,35
<b>Valor Pago (R\$):</b>	407,35

**Data/hora da operação:** 08/02/2024 14:11:59

**Código da operação:** 039080519  
**Chave de segurança:** QXJR7GZ4X1MLMY0Z

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**QUIRON COMERCIAL  
HOSPITALAR LTDA**

RUA ADALBERTO PAJUABA, 386 - - SUMAREZINHO, Ribeirão Preto, SP - CEP: 14055220 - Fone/Fax: 16991686617

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada  
1 - Saída **1**  
Nº 000.000.070  
SÉRIE: 1  
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524 0149 8029 2000 0112 5500 1000 0000 7012 9207 5765

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA**

5530

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135240137395662 - 19/01/2024 11:31

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
120627932110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

49.802.920/0001-12

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>		CNPJ/CPF 55.110.753/0001-41	DATA DA EMISSÃO 19/01/2024
ENDEREÇO <b>R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 -</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	CEP 14180-000	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 19/01/2024
MUNICÍPIO <b>Pontal</b>	FONE/FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE ENTRADA/SAÍDA 11:29

**FATURA**

/ Num.: 001 / V. Orig.: 407,35 / V. Liq.: 407,35

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 407,35
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 407,35

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 3-Remetente Próprio	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
2502	AGULHA HIPO DESC. 25 x 07 - c/100	90183219	0400	5102	1	8,0000	5,3000	42,40					
2504	AGULHA HIPO DESC. 25 x 08 - C/100	90183219	0400	5102	1	5,0000	5,3000	26,50					
2506	AGULHA HIPO DESC. 40 x 1,20 - c/100	90183219	0400	5102	1	5,0000	5,8000	29,00					
75	MALHA TUBULAR ORTOP. ALGODÃO 10cm X 15m	90211010	0400	5102	1	5,0000	6,6500	33,25					
2540	ESCALPE Nr. 19 PVC - c/100	90183929	0400	5102	1	2,0000	22,4000	44,80					
2542	ESCALPE Nr. 23 PVC - c/100	90183929	0400	5102	1	5,0000	22,4000	112,00					
4060	ELETRODO DESC. MONITORIZAÇÃO CARD. c/GEL ADULTO C/50	90181990	0400	5102	1	12,0000	9,9500	119,40					

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 20158281	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

**RECEBIDO:**

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Duplicata - Num.: 001, Venc.: 16/02/2024, Valor: 407,35  
TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T.A Nº 004/2023.

RESERVADO AO FISCO

**DATA:** 22/01/24

**SETOR:** Farmacia

Um banco exclusivo para empresas.  
Acesse ou clique em [cora.com.br](http://cora.com.br)

**cora**

A parte simples do seu negócio.

**Valor**  
R\$ 407,35

**Vencimento**  
16/02/2024

**Beneficiário**

Quiron Comercial Hospitalar Ltda  
CNPJ 49.802.920/0001-12

**Descrição**

Nf 070  
Pedido 5540

**Antes do vencimento**

R\$ 0,00  
desconto

**Após o vencimento**

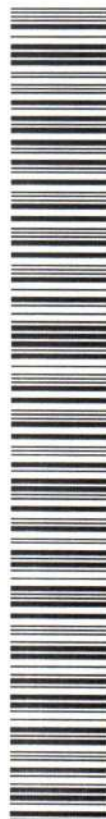
R\$ 8,15 multa      1,00% juros

Intermediado por: Cora Sociedade de Crédito  
Direto  
CNPJ 37.880.206/0001-63

Escaneie o QR code ou código de barras

Código de pagamento para copiar:  
40390.00007 49802.920006  
72488.618017 4 96280000040735

Pague esse boleto via Pix com o QR code abaixo



Data de emissão: 19/01/2024

Tudo na Cora é tão simples quanto emitir este boleto. Abra sua conta grátis.

**cora** | 403-9 |

40390.00007 49802.920006 72488.618017 4 96280000040735

Local de Pagamento				Pagável em qualquer agência bancária		Vencimento	16/02/2024
Beneficiário				Quiron Comercial Hospitalar Ltda		CPF/CNPJ do Beneficiário	49.802.920/0001-12
Data do Documento				19/01/2024		Agência/Código do Beneficiário	0001
Nº. do Documento				72488618		Nosso Número	498029200072488618
Espécie Doc				DV		(=) Valor do Documento	407,35
Aceite				N		(-) Desconto	
Nosso Número				498029200072488618		(-) Outras Deduções/Abatimento	
Espécie Moeda				R\$		(+) Mora/Multa/Juros	
Quantidade Moeda						(+) Outros Acréscimos	
(x) Valor						(=) Valor Cobrado	
Após o vencimento, aplicar multa de R\$ 8,15 e juros de 1,00% ao mês.							
Pagador				Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal - CNPJ 55.110.753/0001-41			

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



SIH-R<HCMP0004> Emissão 22/01/2024 09:15  
Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
FAX: Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página

1

No. Pedido

5530

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 340 - QUIRON COMERCIAL HOSPITALAR LTDA		Data Ped: 18/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 30 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo		Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =		Vlr.Total	
Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023					
47922- 1 AGULHA DESCARTAVEL 25X7-UNIDADE-MARCA		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA		800,0000	0,0530	0,0000	42,4000
Complemento do item					
47934- 1 AGULHA DESCARTAVEL 25X8-UNIDADE-MARCA		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA		500,0000	0,0530	0,0000	26,5000
Complemento do item					
47958- 1 AGULHA DESCARTAVEL 40X12-UNIDADE-MARCA		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA		500,0000	0,0580	0,0000	29,0000
Complemento do item					
77033- 2 MALHA TUBULAR 10CM ROLO 15 METROS-ROLO-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA		5,0000	6,6500	0,0000	33,2500
Complemento do item					
85960- 1 SCALP N. 19-UNIDADE-MARCA DISPONVIEL		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA		200,0000	0,2240	0,0000	44,8000
Complemento do item					
85984- 1 SCALP N. 23-UNIDADE-MARCA DISPONVIEL		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA		500,0000	0,2240	0,0000	112,0000
Complemento do item					
121666- 1 ELETRODO DESC.ADULTO P/ MONITORIZAÇÃO-		Não Entregou			
(4) FARMÁCIA		600,0000	0,1990	0,0000	119,4000
Complemento do item					

Totais:


Total Bruto dos itens: 407,3500

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido  
407,3500 0,0000 0,0000 0,0000 407,3500

  
COMPRAS

  
ADMINISTRAÇÃO

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Recebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472   003   00000989-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23793.37609 20000.087674 58000.241701 9 96310000073850
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CM HOSPITALAR SA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CM HOSPITALAR SA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>12.420.164/0001-57</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Data do Vencimento:</b>	19/02/2024
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	08/02/2024
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	738,50
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	738,50
<b>Valor Pago (R\$):</b>	738,50

<b>Data/hora da operação:</b>	08/02/2024 14:12:51
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	039079750
<b>Chave de segurança:</b>	G3STAK7TVTKVY33S

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**Identificação do emitente**  
**C M HOSPITALAR S.A (RPO)**  
 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727  
 DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055  
 RIBEIRAO PRETO/SP  
 Fone: 551621019400

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAÍDA  
 N. 001362245  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/02



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 3524 0112 4201 6400 0157 5500 1001 3622 4518 0368 9375

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

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**  
 VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**  
 135240141833970 19/01/2024 23:14:32-03:00

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**  
 582557602113

**INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**

**CNPJ**  
 12.420.164/0001-57

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**  
 NOME/RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001) CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41 DT. EMISS. 19/01/2024  
 ENDEREÇO: R. ANANIAS COSTA FREITAS, 753 BAIRRO/DISTRITO: CENTRO CEP: 14180-000 DATA ENTRADA/SAÍDA:  
 MUNICIPIO: PONTAL FONE/FAX: 0161639531719 UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL: HORA ENTRADA/SAÍDA:

**LOCAL ENTREGA**  
 NOME: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL CNPJ/CPF:  
 ENDEREÇO: R. ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - BAIRRO/DISTRITO: CENTRO INSCRIÇÃO ESTADUAL:  
 MUNICIPIO: PONTAL UF: SP FONE/FAX: 0161639531719 OBS/ENTREGA: CEP: 14180-000

**FATURA**  
 001  
 17/02/2024  
 738,50

**CALCULO DO IMPOSTO**  
 BASE DE CALCULO DO ICMS VALOR DO ICMS BASE DE CALCULO DO ICMS ST VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
 738,50 132,93 0,00 0,00 738,50  
 VALOR DO FRETE VALOR DO SEGURO DESCONTO OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS VALOR TOTAL DO IPI VALOR TOTAL DA NOTA  
 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 738,50

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**  
 RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF  
 HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T2011 0-EMTENTE 0,00 SP 18.320.396/0001-10  
 ENDEREÇO MUNICIPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 RUA OSASCO, 949 GALPAOD CAJAMAR SP

**QUANTIDADE ESPECIE CAIXAS MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LIQUIDO**  
 2 CAIXAS 8,0000 8,0000

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
209855	ANGIOCATH 22G1 B D UNID REF 3883 3514 - BECTON DI CKINSON - IT (IN FUSION)	90183929	500	5102	UN	150,0000	2,110000	316,50	316,50	0,00	56,97	0,00	18,00%	0,00%	150	3241985	30/08/2028	01/09/2023
209882	ANGIOCATH 20GA B D UNID REF 38833 314 - BECTON DIC KINSON - IT (INF USION)	90183929	500	5102	UN	200,0000	2,110000	422,00	422,00	0,00	75,96	0,00	18,00%	0,00%	200	3194093	30/07/2028	01/08/2023

**RECEBIDO:** *[Handwritten Signature]*

**ISSQN**  
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS BASE DE CÁLCULO DO ISSQN VALOR DO ISSQN  
 20000696

**DADOS ADICIONAIS**  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 OC: 5535 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023  
 Nosso Pedido: 99WOXA  
 A Viveo possui o Programa de Integridade e a Política Antissuborno como ferramentas que direcionam e orientam a todos a atuarem com etica, moralidade, integridade e transparencia. Para maiores informacoes, acesse <https://www.viveo.com.br/compliance>  
 Rastreabilidade, licitude e autenticidade sao garantidas mediante documento fiscal (Art 7º Paragrafo Unico,

**Pedido: 99W OXA**  
**Rep.: 011807**  
**Nº da OS** Volumes  
 600003181001 (P) 1  
 600003181003 (G) 1  
**Total** 2

**RESERVADO AO FISCO**  
**DATA:** 20 / 02 / 24  
**SETOR:**



NF-e

Nº 001362245

SÉRIE 1

EMPRESA 001001

000006108254

TICKET

**Miafra**

distribuímos saúde

**Identificação do emitente**  
**C M HOSPITALAR S.A (RPO)**

AV. LUIZ MAGGIONI, 2727

DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055

RIBEIRAO PRETO/SP

Fone: 551621019400

**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA

1-SAÍDA

1

N. 001362245

SÉRIE 1

FOLHA 02/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3524 0112 4201 6400 0157 5500 1001 3622 4518 0368 9375

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da SEFAZ Autorizada

## NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

## PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135240141833970 19/01/2024 23:14:32-03:00

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

582557602113

## INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

## CNPJ

12.420.164/0001-57

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
RDC 430/2020).

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE C M HOSPITALAR S.A. (RPO) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)

DADOS  
ADICIONAIS

**Bradesco****237-2**

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002417-1	Nro.Documento 001362245	( ) Mudou-se ( ) Ausente
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	Vencimento 19/02/2024	Valor do Documento 738,50	( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

**Bradesco****237-2**

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento <b>19/02/2024</b>
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055	Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002417-1
Data do Documento 19/01/2024	Nro.Documento 001362245
Espécie Doc. DM	Aceite N
Data do Processamento 19/01/2024	Nosso Número 02/00000876758-8
Uso do Banco Carteira 02	Espécie R\$
Quantidade	Valor do Documento <b>738,50</b>
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)	(-)Desconto/Abatimento
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 1,48 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).	(-)Outras Deduções
	(+)Mora/Multa
	(+)Outros Acréscimos
	(=)Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO PONTAL - SP - 14180000	Código Interno: 000726-0001 CNPJ: 55.110.753/0001-41
Sacador/Avalista	<b>MAFRA</b>
	Autenticação Mecânica

**Bradesco****237-2****23793.37609 20000.087674 58000.241701 9 96310000073850**

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento <b>19/02/2024</b>
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055	Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002417-1
Data do Documento 19/01/2024	Nro.Documento 001362245
Espécie Doc. DM	Aceite N
Data do Processamento 19/01/2024	Nosso Número 02/00000876758-8
Uso do Banco Carteira 02	Espécie R\$
Quantidade	Valor do Documento <b>738,50</b>
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)	(-)Desconto/Abatimento
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 1,48 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).	(-)Outras Deduções
	(+)Mora/Multa
	(+)Outros Acréscimos
	(=)Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO PONTAL - SP - 14180000	Código Interno: 000726-0001 CNPJ: 55.110.753/0001-41
Sacador/Avalista	<b>MAFRA</b>
	Autenticação Mecânica



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

SIH-R<HCMP0004>

Emissão 22/01/2024 09:24

No. Página

Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Pedido

5538

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 1 - CM HOSPITALAR S.A (RPO)      Data Ped: 18/01/2024

Prz.Entr: 7 DIAS      Cond.Pagto: 30 DIAS      Dt Env. Forn:

Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA      Status do pedido: Não Entregou

Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)      Situação do Item      No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)

Centro de Custo      Qtd \* (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =      Vlr.Total

Observação do Pedido

3994- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 20-UNIDADE-			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	200,0000	2,1100	0,0000	0,0000	422,0000

Complemento do item

3995- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 22-UNIDADE-			Não Entregou		
(4) FARMÁCIA	150,0000	2,1100	0,0000	0,0000	316,5000

Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens: 738,5000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
738,5000	0,0000	0,0000	0,0000	738,5000



\_\_\_\_\_  
COMPRAS



\_\_\_\_\_  
ADMINISTRAÇÃO

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Nome:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
Conta de débito:	3472   003   00000989-0

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.37609 20000.086783 45000.241708 7 96260000304758
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CM HOSPITALAR SA
Nome/Razão Social:	CM HOSPITALAR SA
CPF/CNPJ:	12.420.164/0001-57
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
CPF/CNPJ:	55.110.753/0001-41

Data do Vencimento:	14/02/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/02/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.047,58
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.047,58
Valor Pago (R\$):	3.047,58

Data/hora da operação:	08/02/2024 14:11:13
------------------------	---------------------

Código da operação:	039081300
Chave de segurança:	RN59J70FAC44N5GA

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**Identificação do emitente**  
**C M HOSPITALAR S.A (RPO)**  
 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727  
 DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055  
 RIBEIRAO PRETO/SP  
 Fone: 551621019400

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAÍDA



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 3524 0112 4201 6400 0157 5500 1001 3554 6116 6740 4100

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

**N. 001355461**  
**SÉRIE 1**  
**FOLHA 01/02**

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**  
 VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**  
 135240082283882 12/01/2024 02:46:35-03:00

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**  
 582557602113

**INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**

**CNPJ**  
 12.420.164/0001-57

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>	NOME/RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)			CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41		DT. EMISS. 12/01/2024
	ENDEREÇO: R.ANANIAS COSTA FREITAS,753		BAIRRO/DISTRITO: CENTRO		CEP: 14180-000	DATA ENTRADA/SAÍDA:
<b>LOCAL ENTREGA</b>	MUNICIPIO: PONTAL	FONE/FAX: 0161639531719	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL:		HORA ENTRADA/SAÍDA:
	NOME: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL			CNPJ/CPF:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:
<b>LOCAL ENTREGA</b>	ENDEREÇO: R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 -		BAIRRO/DISTRITO: CENTRO		CEP: 14180-000	
	MUNICIPIO: PONTAL	UF: SP	FONE/FAX: 0161639531719	OBS/ENTREGA:		

<b>FATURA</b>	001	13/02/2024	3.047,58																
---------------	-----	------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>CALCULO DO IMPOSTO</b>	BASE DE CALCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CALCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS			
	2.216,58		398,98		0,00		0,00		3.047,58			
<b>CALCULO DO IMPOSTO</b>	VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		3.047,58	

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>	RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF	
	HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T2011			0-EMTENTE								18.320.396/0001-10	
<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>	ENDEREÇO			MUNICIPIO						UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
	RUA OSASCO, 949 GALPAO D			CAJAMAR						SP			

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>	QUANTIDADE		ESPECIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LIQUIDO	
	22		CAIXAS						66,0000		66,0000	

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST %ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
001937	LUVA SENSITEX N 7,0 CX C/200 P M UCAMBO - MUCAMBO	40151200	500	5102	CX	1,0000	278,000000	278,00	278,00	0,00	50,04	0,00	18,00%	0,00%	1 2325	30/06/2026	01/06/2023
001945	LUVA SENSITEX N 7,5 CX 200 P MUC AMBO - MUCAMBO	40151200	500	5102	CX	1,0000	278,000000	278,00	278,00	0,00	50,04	0,00	18,00%	0,00%	1 2333	30/08/2026	01/08/2023
015083	SONDA ASP TRAQ N 06 EMBRAMECT PCT C/20 2309P - CRE MER	90183929	000	5102	PCT	2,0000	15,150000	30,30	30,30	0,00	5,45	0,00	18,00%	0,00%	2 2300023606	30/06/2026	01/07/2023

<b>ISSQN</b>	INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN		VALOR DO ISSQN	
	20000696							

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		Pedido: 99WERZ		RESERVADO AO FISCO	
	TERMO DE CONVENIO N 002/2022 e T. A N 004/2023		Rep.: 011807			
<b>DADOS ADICIONAIS</b>	ISENTO DE ICMS CONF. CONV. 126/10 - ANEXO, ART. 16 DO RICMS - SP - Produto(s): 139043		Nº da OS		Volumes	
	Nosso Pedido: 99WERZ		600003166425 (P)		1	
<b>DADOS ADICIONAIS</b>	A Viveo possui o Programa de Integridade e a Política Antissuborno como ferramentas que direcionam e orientam a todos a atuarem com ética, moralidade, integridade e transparência. Para maiores informações, acesse <a href="https://www.viveo.com.br/compliance">https://www.viveo.com.br/compliance</a>		600003166427 (G)		21	
			<b>Total</b>		<b>22</b>	

NF-9

Nº 001355461

SÉRIE 1

EMPRESA 001001

000006086101

## Identificação do emitente

C M HOSPITALAR S.A. (RPO)

AV. LUIZ MAGGIONI, 2727

DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055

RIBEIRAO PRETO/SP

Fone: 551621019400


 Mafra  
distribuímos saúde

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA

1-SAÍDA

1

N. 001355461

SÉRIE 1

FOLHA 02/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3524 0112 4201 6400 0157 5500 1001 3554 6116 6740 4100

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135240082283882 12/01/2024 02:46:35-03:00

CNPJ

12.420.164/0001-57

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
582557602113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q.LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
035897	ESPARADRAPO 10CM X4,5M PROCITEX CREMER - CREMER	30051030	500	5102	UN	72,0000	7,990000	575,28	575,28	0,00	103,55	0,00	18,00%	0,00%	72	0063334H	30/08/2025	01/08/2023
139043	ATADURA GESSO CY SNE 15CMX3M CREMER UN - CREMER	90211099	540	5102	UN	300,0000	2,770000	831,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	60	352262332	30/08/2026	01/08/2023
209855	ANGIOCATH 22G1 B D UNID REF 3883 3514 - BECTON DICKINSON - IT (INFUSION)	90183929	500	5102	UN	200,0000	2,110000	422,00	422,00	0,00	75,96	0,00	18,00%	0,00%	200	352262345	30/11/2026	01/11/2023
209857	ANGIOCATH 24G1 B D UNID REF 38833 614 - BECTON DICKINSON - IT (INFUSION)	90183929	500	5102	UN	100,0000	2,110000	211,00	211,00	0,00	37,98	0,00	18,00%	0,00%	100	3194102	30/07/2028	01/08/2023
209882	ANGIOCATH 20GA B D UNID REF 38833 314 - BECTON DICKINSON - IT (INFUSION)	90183929	500	5102	UN	200,0000	2,110000	422,00	422,00	0,00	75,96	0,00	18,00%	0,00%	200	3194094	30/07/2028	01/08/2023

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Rastreabilidade, licitude e autenticidade são garantidas mediante documento fiscal (Art 7º Paragrafo Unico, RDC 430/2020).

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO: JaniaDATA: 18/01/24SETOR: farmacia

TICKET



DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

DADOS ADICIONAIS

RECEBEMOS DE C M HOSPITALAR S.A. (RPO) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)

**Bradesco****237-2**

Comprovante de Entrega

Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002417-1	Nro.Documento 001355461	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	Vencimento 14/02/2024	Valor do Documento 3.047,58	
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

**Bradesco****237-2**

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento <b>14/02/2024</b>		
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055	Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002417-1		
Data do Documento 12/01/2024	Nro.Documento 001355461	Espécie Doc. DM	Aceite N
Uso do Banco 02	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)			Noosso Número 02/00000867845-3
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 6,10 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).			Valor do Documento <b>3.047,58</b>
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO PONTAL - SP - 14180000			(-)Desconto/Abatimento (-)Outras Deduções (+)Mora/Multa (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado
Código Interno: 000726-0001 CNPJ: 55.110.753/0001-41			
Sacador/Avalista			Autenticação Mecânica

**Bradesco****237-2****23793.37609 20000.086783 45000.241708 7 96260000304758**

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento <b>14/02/2024</b>		
Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055	Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002417-1		
Data do Documento 12/01/2024	Nro.Documento 001355461	Espécie Doc. DM	Aceite N
Uso do Banco 02	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)			Noosso Número 02/00000867845-3
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 6,10 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).			Valor do Documento <b>3.047,58</b>
Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO PONTAL - SP - 14180000			(-)Desconto/Abatimento (-)Outras Deduções (+)Mora/Multa (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado
Código Interno: 000726-0001 CNPJ: 55.110.753/0001-41			
Sacador/Avalista			Autenticação Mecânica



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

SIH-R<HCMP0004> Emissão 10/01/2024 17:32  
**Empresa:** IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
**CNPJ:** 55.110.753/0001-41  
**FAX:** **Email:** dpcompras@iscmpontal.com.br

No. Página

1

No. Pedido

5506

## Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO		Fornecedor: 1 - CM HOSPITALAR S.A (RPO)		Data Ped: 10/01/2024	
Prz.Entr: 7 DIAS		Cond.Pagto: 35 DIAS		Dt Env. Forn:	
Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA		Status do pedido: Não Entregou			
Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)		Situação do Item		No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)	
Centro de Custo		Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =			Vlr.Total
Observação do Pedido					
3994- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 20-UNIDADE-				Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	200,0000	2,1100	0,0000	0,0000	422,0000
Complemento do item					
3995- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 22-UNIDADE-				Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	200,0000	2,1100	0,0000	0,0000	422,0000
Complemento do item					
4016- 1 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7.0-PAR-				Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	200,0000	1,3900	0,0000	0,0000	278,0000
Complemento do item					
4017- 1 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7.5-PAR-				Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	200,0000	1,3900	0,0000	0,0000	278,0000
Complemento do item					
4039- 1 SONDA ASPIRAÇÃO.TRAQUEAL DESC. N.6-UNIDADE-				Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	40,0000	0,7575	0,0000	0,0000	30,3000
Complemento do item					
49487- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 24-UNIDADE-				Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	100,0000	2,1100	0,0000	0,0000	211,0000
Complemento do item					
50180- 1 ATADURA GESSADA 15CM -UNIDADE-CREMER				Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	300,0000	2,7700	0,0000	0,0000	831,0000
Complemento do item					
67337- 2 ESPARADRAPO IMPER.10CM X 4,5M-ROLO-CREMER				Não Entregou	
(4) FARMÁCIA	72,0000	7,9900	0,0000	0,0000	575,2800
Complemento do item					

Totais:

Total Bruto dos itens: 3.047,5800

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens +	Encargo Pedido -	Desconto Pedido +	Frete Pedido =	Total do Pedido
3.047,5800	0,0000	0,0000	0,0000	3.047,5800

  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS

  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO





ESPELHO DO REMESSA N° : 001407

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

No. Agend.	Data Venc.	Valor Agend.	Nome Terceiro	Ocorrência
------------	------------	--------------	---------------	------------

Tipo de Serviço : Pagamento Salários

Forma de Pag. : Crédito em Conta Corrente

34620	09/02/2024	4.892,27	JESSICA CAROLINE DA S COSTA	
-------	------------	----------	-----------------------------	--

## IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 55.110.753/0001-41	02 Razão Social/Nome IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL <i>instituição</i>			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753				04 Bairro CENTRO
05 Município PONTAL	06 UF SP	07 CEP 14.180-000	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

## IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 200.37175.39-9	11 Nome JESSICA CAROLINE DA SILVA COSTA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua IDA VENTURELLI MENGUAL, 90 - CASA				13 Bairro RES. BELA VISTA
14 Município PONTAL	15 UF SP	16 CEP 14.180-000	17 CTPS (nº, série, UF) 0099822 - 00404 / SP	18 CPF 420.659.018-45
19 Data de Nascimento 26/02/1994	20 Nome da Mãe ROGERIA APARECIDA SPOTI DA SILVA			

## DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 3.108,77	24 Data de Admissão 15/09/2015	25 Data do Aviso Prévio 03/01/2024	26 Data de Afastamento 02/02/2024	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			

## DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

## VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 2/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 181,36	51 Comissões		52 Gratificação	
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 18,83	54 Adic. de Periculosidade ___%		55 Adic. Noturno ___ horas ___%	
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%		57 Gorjetas		58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável		60 Multa Art. 477 § 8º/CLT		61 Multa Art. 479/CLT	
62 Salário-Família		63 13º Salário Proporcional 1/12 avos	R\$ 250,23	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	
65 Férias Proporc 5/12 avos	R\$ 1.268,84	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //		68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 422,95
69 - Aviso-Prévio Indenizado 24/dias	R\$ 2.466,07	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 250,23	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	
95 Outras Verbas (VALE ALIMENTAÇÃO)	R\$ 110,00				
		99 Ajuste de Saldo Devedor		<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>R\$ 4.968,51</b>

## DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia		101 Adiantamento Salarial		102 Adiantamento 13º Salário	
103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias		112.1 Previdência Social	R\$ 15,01	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 37,53
114.1 IRRF	R\$ 23,70	114.2 IRRF sobre 13º Salário			
				<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>	<b>R\$ 76,24</b>
				<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 4.892,27</b>

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO****EMPREGADOR**01 CNPJ/CEI  
55.110.753/0001-4102 Razão Social/Nome  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**TRABALHADOR**10 PIS/PASEP  
200.37175.39-911 Nome  
JESSICA CAROLINE DA SILVA COSTA17 CTPS (nº, série, UF)  
0099822 - 00404 / SP18 CPF  
420.659.018-4519 Data de Nascimento  
26/02/199420 Nome da Mãe  
ROGERIA APARECIDA SPOTI DA  
SILVA**CONTRATO**22 Causa do Afastamento  
Despedida sem justa causa, pelo empregador24 Data de Admissão  
15/09/201525 Data do Aviso Prévio  
03/01/202426 Data de Afastamento  
02/02/202427 Cod. Afastamento  
SJ229 Pensão Alim. (%) FGTS  
0,0030 Categoria do Trabalhador  
01 - Empregado

No dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ \_\_\_\_\_, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
VANESSA APARECIDA MONTEIRO  
ASSISTENTE DE DEPARTAMENTO PESSOAL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156 Informações à CAIXA:

**A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.**

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472 / 003 / 00000989-0

<b>Representação numérica do código de barras:</b>
858200000830    474403852403    510716240466    396949255100

<b>Convênio:</b>	DARF NUMERADO CB RFB
<b>Valor:</b>	8.347,44

<b>Data de débito:</b>	20/02/2024
<b>Data/hora da operação:</b>	20/02/2024

<b>Código da operação:</b>	00814937
<b>Chave de segurança:</b>	MASTTXN01GQP4Y57

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

989-0

CNPJ <b>55.110.753/0001-41</b>	Razão Social <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>		
Período de Apuração <b>Janeiro/2024</b>	Data de Vencimento <b>20/02/2024</b>	Número do Documento <b>07.16.24046.3969492-5</b>	Pagar este documento até <b>20/02/2024</b>
Observações <b>Nº Recibo Declaração: 50000206209975</b>			Valor Total do Documento <b>8.347,44</b>

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	2.035,96			2.035,96
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ PA:01/2024 Vencimento:20/02/2024				
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	6.311,48			6.311,48
	07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV PA:01/2024 Vencimento:20/02/2024				
<b>Totais</b>		<b>8.347,44</b>			<b>8.347,44</b>

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

8582000083 0 47440385240 3 51071624046 6 39694925510 0



CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Número: 07.16.24046.3969492-5  
Pagar até: 20/02/2024  
Valor: 8.347,44

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>Conta de débito:</b>	3472 / 003 / 00000989-0

<b>Representação numérica do código de barras:</b>			
858700002491	306203852409	510716240466	538343309008

<b>Convênio:</b>	DARF NUMERADO CB RFB
<b>Valor:</b>	24.930,62

<b>Data de débito:</b>	20/02/2024
<b>Data/hora da operação:</b>	20/02/2024

<b>Código da operação:</b>	00825401
<b>Chave de segurança:</b>	KQLPK8UAJX91TJXR

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

URGÊNCIA

CNPJ  
**55.110.753/0001-41**

Razão Social  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Período de Apuração  
**Janeiro/2024**

Data de Vencimento  
**20/02/2024**

Número do Documento  
**07.16.24046.5383433-0**

Pagar este documento até  
**20/02/2024**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000206209975**

Valor Total do Documento  
**24.930,62**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
0561	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	9.403,39			9.403,39
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS				
	PA:01/2024 Vencimento:20/02/2024				
1082	CONTR PREV DESCNTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	15.527,23			15.527,23
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:01/2024 Vencimento:20/02/2024				
	<b>Totais</b>	<b>24.930,62</b>			<b>24.930,62</b>

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85870000249 1 30620385240 9 51071624046 6 53834330900 8



CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Número: 07.16.24046.5383433-0  
Pagar até: 20/02/2024  
Valor: 24.930,62

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3214 / 00000063263-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	R3 CLINICA MEDICA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	34.129.327/0001-80
<b>Valor:</b>	R\$ 5.492,63
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	06 - Pagamento de Honorários
<b>Identificação da operação:</b>	283
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/02/2024 11:25:30

<b>Código da operação:</b>	00105164
<b>Chave de segurança:</b>	4LR6NFF95MYVZH0F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal  
Município de Pontal  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e  
283  
Código de Verificação de Autenticidade  
GCR600KCN  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
14/02/2024 às 14:00:20  
Chave de Acesso  
703992YQM5RXREAPISXOMZUP3XAQBF79

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu  
consultas e informe os dados desta NFS-e.

## Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS PONTAL-SP	Local da Prestação PONTAL - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 14/02/2024
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui	Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 34.129.327/0001-80	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 000009805	Cadastro 000036616	Nome/Razão Social R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA
Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753			Complemento SALA 01	Bairro CENTRO
CEP 14180-000	Cidade PONTAL-SP		Telefone	E-mail

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000			Complemento CENTRO
CEP/Cod.Postal 14180-000	Cidade/País PONTAL - SP	Cod. IBGE 3540200	Telefone E-mail rh@iscmpontal.com.br

## Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE COORDENAÇÃO TÉCNICA DE PLANTÕES MÉDICOS REF MES DE JANEIRO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°005/2024 AO CONV N°002/2022	5.980,00	R\$ 5.980,00

*ferreira*

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

## Construção Civil

LC 116/2003: 04.03	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	2,00%	0000040000003	8610101		
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 5.980,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 5.980,00	R\$ 119,60	1 - Sim
					Desconto Condicionado
					R\$ 0,00

## Retenções de Impostos

PIS (5.980,00 x 0,65%)	COFINS (5.980,00 x 3,00%)	INSS	IRRF (5.980,00 x 1,50%)	CSLL (5.980,00 x 1,00%)	Outras Retenções
R\$ 38,87	R\$ 179,40	R\$ 0,00	R\$ 89,70	R\$ 59,80	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 5.492,63

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 283 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO GCR600KCN.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3214 / 00000063263-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	R3 CLINICA MEDICA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	34.129.327/0001-80
<b>Valor:</b>	R\$ 117.072,70
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	06 - Pagamento de Honorários
<b>Identificação da operação:</b>	281
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/02/2024 11:25:12

<b>Código da operação:</b>	00105212
<b>Chave de segurança:</b>	414HT56U93CGCSQ8

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal  
Município de Pontal  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e  
281  
Código de Verificação de Autenticidade  
2P9ZJU3H8  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
14/02/2024 às 13:53:43  
Chave de Acesso  
703987AFUFN1YSXQ11NOBP6MBNQN2UNG

## Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS PONTAL-SP	Local da Prestação PONTAL - SP	
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 14/02/2024	Competência 14/02/2024
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui	Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento	

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu  
consultas e informe os dados desta NFS-e.

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 34.129.327/0001-80	RG/Inscrição Estadual 000009805	Inscrição Municipal 000036616	Cadastro R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA	Nome/Razão Social
Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753	Complemento SALA 01	Bairro CENTRO	CEP 14180-000	Cidade PONTAL-SP
Telefone	E-mail			

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	
Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000	Complemento	Bairro CENTRO	CEP/Cod.Postal 14180-000	Cidade/País PONTAL - SP
Cod. IBGE 3540200	Telefone	E-mail rh@iscmpontal.com.br		

## Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE PLANTÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REF MES DE JANEIRO/2024, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°005/2024 AO CONV N°002/2022	127.460,75	R\$ 127.460,75

*gimica*

## Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.03	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART	
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	2,00%	0000040000003	8610101			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R\$ 127.460,75	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 127.460,75	R\$ 2.549,22	1 - Sim	R\$ 0,00

## Retenções de Impostos

PIS (127.460,75 x 0,65%)	COFINS (127.460,75 x 3,00%)	INSS	IRRF (127.460,75 x 1,50%)	CSLL (127.460,75 x 1,00%)	Outras Retenções
R\$ 828,49	R\$ 3.823,82	R\$ 0,00	R\$ 1.911,91	R\$ 1.274,61	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 117.072,70

Val. Aprox. Tributos:

## Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 281 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 2P9ZJU3H8.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3214 / 00000032121-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	LAB ANALISES CLINICAS STA TEREZA
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.108.831/0001-73
<b>Valor:</b>	R\$ 10.250,24
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	06 - Pagamento de Honorários
<b>Identificação da operação:</b>	1589
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/02/2024 11:24:51

<b>Código da operação:</b>	00105264
<b>Chave de segurança:</b>	P2H7H5TMC74FNJYN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal de Pontal

Município de Pontal

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

1589

Código de Verificação de Autenticidade

M3X55OSJ3

Data e Hora de Emissão da NFS-e

15/02/2024 às 15:47:06

Chave de Acesso

704271Y7PAED3U66VDI7OYB0VNLZVDX0

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://45.71.128.162:5661/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS PONTAL-SP	Local da Prestação PONTAL - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 15/02/2024
Optante Simples Nacional 1 - Sim	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento	Tipo ISS

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 55.108.831/0001-73	RG/Inscrição Estadual ISENTO	Inscrição Municipal 2679	Cadastro 000013574	Nome/Razão Social LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA.
Logradouro RUA 13 DE MAIO, 775	Complemento	Bairro CENTRO	CEP 14180-000	Cidade PONTAL-SP
Telefone 16-3953-1721	E-mail Istmatriz@hotmail.com			

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 55.110.753/0001-41	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL
Logradouro RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000	Complemento	Bairro CENTRO	CEP/Cod.Postal 14180-000
Cidade/Pais PONTAL - SP	Cod. IBGE 354200	Telefone	E-mail rh@iscmpontal.com.br

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	SERVIÇOS PRESTADOS PARA SANTA CASA DE EXAMES DE ANALISES CLINICA REF JANEIRO/2024.CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL TA N°005/2024 AO CONV N°002/2022	10.728,74	R\$ 10.728,74

*f. J. J. J.*

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003: 04,02	Alíquota 4,46%	Atividade Município 0000040000002	Código CNAE 8640202
Valor Total dos Serviços R\$ 10.728,74	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 10.728,74
Total do ISS R\$ 478,50	ISS Retido 1 - Sim	Desconto Condicionado R\$ 0,00	

Retenções de Impostos

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

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 10.250,24

Val. Aprox. Tributos: Federal (0,00%) R\$0,00 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (0,00%) R\$0,00

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 1589 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO M3X55OSJ3.

Data

CPF/RG

Assinatura

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2129 / 00013000291-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	51.819.357/0001-37
<b>Valor:</b>	R\$ 838,54
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	06 - Pagamento de Honorários
<b>Identificação da operação:</b>	28890
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/02/2024 11:24:35

<b>Código da operação:</b>	00105306
<b>Chave de segurança:</b>	9MAXFY0TXENLSYRH

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



# MUNICÍPIO DE SERTÃOZINHO

14170-120 - RUA JORDAO BORGHETTI - Jardim Recreio - SERTÃOZINHO - SP

## Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

# SER IMAGEM

Centro de Diagnóstico

Número Nota Fiscal: **28890** Data Emissão: **15/02/2024** Chave: **ENSD-OWRV**

### ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.

14160-050 - RUA . SEBASTIÃO SAMPAIO, 765 - CENTRO - SERTÃOZINHO - SP - 14160-050

CNPJ/CPF: **51.819.357/0001-37** Inscr. Estadual/RG:

Email: [administracao@serimagem.com.br](mailto:administracao@serimagem.com.br)

Telefone: 16 3946-8300

Inscrição Municipal: 109750

Local de Prestação do Serviço: Sertãozinho  
Competência: 02/2024 Data Prestação: 15/02/2024  
Exigibilidade: Exigível

Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho  
Simples Nacional: Não

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia,

### DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

Sub. Tributário: Não

RUA: ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO

PONTAL - SP - CEP: 14180-000

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

Inscrição Municipal:

E-mail: [rafaela.carlatavares@bol.com.br](mailto:rafaela.carlatavares@bol.com.br)

Telefone:

Endereço Cobrança: O MESMO

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1		Referente a serviços prestados no mês de Janeiro/2024. TA 005/2024 AO CONVENIO 002/2022.	893,48	893,48

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Imp. Aprox.: 145,73 Aliquota Imp. Aprox. : 16,31

*físico*

RETENÇÕES								DESCONTOS									
ISS	0,00	IRRF	13,40	PIS	5,81	COFINS	26,80	CSLL	8,93	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
<b>VALOR SERVIÇO</b>	<b>VALORES DA NFS-e</b>											<b>TOTAL LIQUIDO</b>					
<b>893,48</b>	Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	893,48	Aliquota	2,00 %	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	17,87							<b>838,54</b>	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://pmsertaozinho.smarapd.com.br/tb/>

Recortar Aqui

Data Emissão	<b>15/02/2024</b>	RECEBI DA EMPRESA ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA. OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
Número da NF	<b>28890</b>	
Chave	<b>ENSD-OWRV</b>	
Local / Data		Assinatura



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3472 / 003 / 00000989-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	55.110.753/0001-41

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2129 / 00013000291-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	51.819.357/0001-37
<b>Valor:</b>	R\$ 3.219,05
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	06 - Pagamento de Honorários
<b>Identificação da operação:</b>	28891
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/02/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/02/2024 11:24:18

<b>Código da operação:</b>	00105352
<b>Chave de segurança:</b>	9Y7FPQFE7ZN7R16E

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



# MUNICÍPIO DE SERTÃOZINHO

14170-120 - RUA JORDAO BORGHETTI - Jardim Recreio - SERTÃOZINHO - SP

## Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

# SER IMAGEM

Centro de Diagnóstico

Número Nota Fiscal: **28891** Data Emissão: **15/02/2024** Chave: **FLUH-FVEA**

### ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.

14160-050 - RUA . SEBASTIÃO SAMPAIO, 765 - CENTRO - SERTÃOZINHO - SP - 14160-050

CNPJ/CPF: **51.819.357/0001-37** Inscr. Estadual/RG:

Email: [administracao@serimagem.com.br](mailto:administracao@serimagem.com.br)

Telefone: 16 3946-8300

Inscrição Municipal: 109750

**Local de Prestação do Serviço:** Sertãozinho  
**Competência:** 02/2024 **Data Prestação:** 15/02/2024  
**Exigibilidade:** Exigível

**Local de Incidência do Serviço:** Sertãozinho  
**Simplex Nacional:** Não

**Retenção de ISS:** SEM RETENÇÃO

**Atividade:** 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia,

### DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL**

Sub. Tributário: Não

RUA: ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO

PONTAL - SP - CEP: 14180-000

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

Inscrição Municipal:

E-mail: [rafaela.carlatavares@bol.com.br](mailto:rafaela.carlatavares@bol.com.br)

Telefone:

Endereço Cobrança: O MESMO

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1		Referente a serviços prestados no mês de Janeiro/*2024. TA 005/2024 AO CONVENIO 002/2022.	3.430,00	3.430,00

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Imp. Aprox.: 559.43 Aliquota Imp. Aprox. : 16.31

*física*

RETENÇÕES								DESCONTOS									
ISS	0,00	IRRF	51,45	PIS	22,30	COFINS	102,90	CSSL	34,30	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
<b>VALOR SERVIÇO</b>	<b>VALORES DA NFS-e</b>											<b>TOTAL LIQUIDO</b>					
<b>3.430,00</b>	Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.430,00	Aliquota	2,00 %	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	68,60	<b>3.219,05</b>							

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://pmsertaozinho.smarapd.com.br/tb/>

Recortar Aqui

Data Emissão	<b>15/02/2024</b>	RECEBI DA EMPRESA ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA. OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
Número da NF	<b>28891</b>	
Chave	<b>FLUH-FVEA</b>	
Local / Data		Assinatura

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 143 - SUSAN MARA DA CRUZ PORTO

CPF: 365.780.098.09

Período de Aquisição....: 05/08/2022 a 04/08/2023

Série CTPS.: 00304

Período das Férias.....: 11/03/2024 a 09/04/2024

Número CTPS: 0082704

Dias Férias.: 30

Retorno ao Trabalho.....: 10/04/2024

Dias Abono...: 0

Arrecadação do Recibo.....: 08/03/2024

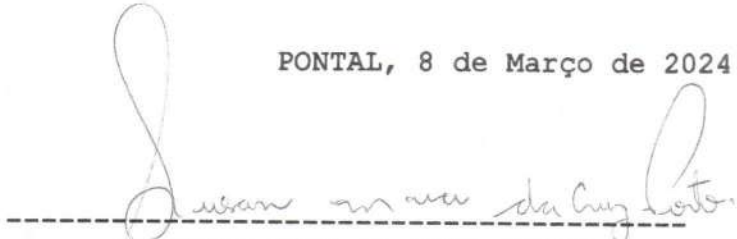
Salário Base.....: R\$ 2.123,24

Rubrica	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	122,87	122,87	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	748,70	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.123,24	
812	INSS FERIAS	8,62		258,19
Totais.....:			2.994,81	258,19
Líquidos.....:			2.736,62	

Recebi a importância de (dois mil setecentos e trinta e seis reais e sessenta e dois centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 8 de Março de 2024

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
SUSAN MARA DA CRUZ PORTO



ESPELHO DO REMESSA N° : 001419

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

No. Agend.	Data Venc.	Valor Agend.	Nome Terceiro	Ocorrência
------------	------------	--------------	---------------	------------

Tipo de Serviço : Pagamento Salários

Forma de Pag. : Crédito em Conta Corrente

34643	29/02/2024	2.736,62	SUSAN MARA DA CRUZ PORTO	
-------	------------	----------	--------------------------	--

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 63 - JESSICA MARIANA MACEDO ALMEIDA

CPF: 448.860.088.36

Período de Abono.....: DE 01/04/2024 A 10/04/2024 = 10 Dias

Período de Aquisição....: 23/04/2022 a 22/04/2023

Série CTPS.: 00415

Período das Férias.....: 12/03/2024 a 31/03/2024

Número CTPS: 0036148

Dias Férias.: 20

Retorno ao Trabalho.....: 01/04/2024

Registro do Recibo.....: 08/03/2024

Dias Abono...: 10

Salário Base.....: R\$ 1.639,62

Rubrica	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	108,75	108,75	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	400,61	
8783	DIAS FERIAS	20,00	1.093,08	
809	MEDIAS HORAS ABONO	54,38	54,38	
932	1/3 DO ABONO FERIAS	10,00	200,31	
8800	DIAS ABONO PECUNIARIO (FERIAS)	10,00	546,54	
812	INSS FERIAS	7,68		123,03
	Totais.....:		2.403,67	123,03
	Líquidos.....:		2.280,64	

Recebi a importância de (dois mil duzentos e oitenta reais e sessenta e quatro centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 8 de Março de 2024

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
JESSICA MARIANA MACEDO ALMEIDA



ESPELHO DO REMESSA N° : 001418

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

No. Agend.	Data Venc.	Valor Agend.	Nome Terceiro	Ocorrência
------------	------------	--------------	---------------	------------

Tipo de Serviço : Pagamento Salários

Forma de Pag. : Crédito em Conta Corrente

34642	29/02/2024	2.280,64	JESSICA MARIANA M. ALMEIDA	
-------	------------	----------	----------------------------	--

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 198 - INGRID MILENA RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF: 462.636.518.30

Período de Aquisição...: 10/03/2023 a 09/03/2024

Série CTPS.: 1830

Período das Férias.....: 12/03/2024 a 21/03/2024

Número CTPS: 4626365

Dias Férias.: 10

Retorno ao Trabalho.....: 22/03/2024

Registro do Recibo.....: 08/03/2024

Dias Abono...: 0

Salário Base.....: R\$ 1.639,62

Rubrica	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	26,76	26,76	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	191,10	
8783	DIAS FERIAS	10,00	546,54	
812	INSS FERIAS	7,50		57,33
Totais.....:			764,40	57,33
Líquidos.....:			707,07	

Recebi a importância de (setecentos e sete reais e sete centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 8 de Março de 2024

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
INGRID MILENA RODRIGUES DE OLIVEIRA



ESPELHO DO REMESSA N° : 001417

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

No. Agend.	Data Venc.	Valor Agend.	Nome Terceiro	Ocorrência
------------	------------	--------------	---------------	------------

Tipo de Serviço : Pagamento Salários

Forma de Pag. : Crédito em Conta Corrente

34641	29/02/2024	707,07	INGRID MILENA R DE OLIVEIRA	
-------	------------	--------	-----------------------------	--



Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 159 - GABRIELLE LIMA FEITEIRO

CPF: 446.996.718.10

Período de Aquisição...: 05/09/2022 a 04/09/2023

Série CTPS.: 00454

Período das Férias.....: 18/03/2024 a 01/04/2024

Número CTPS: 043465

Dias Férias.: 15

Retorno ao Trabalho.....: 02/04/2024

Arrecadação do Recibo.....: 15/03/2024

Dias Abono...: 0


Salário Base.....: R\$ 1.639,62

Rubrica	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	40,93	40,93	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	286,91	
8783	DIAS FERIAS	15,00	819,81	
812	INSS FERIAS	7,50		86,07
Totais.....:			1.147,65	86,07
Líquidos.....:			1.061,58	

Recebi a importância de (um mil sessenta e um reais e cinquenta e oito centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 15 de Março de 2024

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
GABRIELLE LIMA FEITEIRO



ESPELHO DO REMESSA N° : 001416

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

No. Agend.	Data Venc.	Valor Agend.	Nome Terceiro	Ocorrência
------------	------------	--------------	---------------	------------

Tipo de Serviço : Pagamento Salários

Forma de Pag. : Crédito em Conta Corrente

34640	29/02/2024	1.061,58	GABRIELLE LIMA FEITEIRO	
-------	------------	----------	-------------------------	--

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 32 - ELIZANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO

CPF: 285.821.998.21

Período de Aquisição...: 01/07/2022 a 30/06/2023

Série CTPS.: 00227

Período das Férias.....: 04/03/2024 a 02/04/2024

Número CTPS: 0024039

Dias Férias.: 30

Retorno ao Trabalho.....: 03/04/2024

Período do Recibo.....: 01/03/2024


Dias Abono...: 0

Salário Base.....: R\$ 2.720,45

Rubrica	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	530,41	530,41	
807	VANTAGENS FERIAS	282,40	282,40	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.177,75	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.720,45	
812	INSS FERIAS	10,15		478,35
942	IRRF FERIAS	22,50		246,92
	Totais.....:		4.711,01	725,27
	Líquidos.....:		3.985,74	

Recebi a importância de (três mil novecentos e oitenta e cinco reais e setenta e quatro centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 1 de Março de 2024

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
ELIZANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO



ESPELHO DO REMESSA N° : 001415

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

No. Agend.	Data Venc.	Valor Agend.	Nome Terceiro	Ocorrência
------------	------------	--------------	---------------	------------

Tipo de Serviço : Pagamento Salários

Forma de Pag. : Crédito em Conta Corrente

34639	29/02/2024	3.985,74	ELIZANGELA F DO NASCIMENTO	
-------	------------	----------	----------------------------	--

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 110 - MATHEUS GABRIEL RUBIN

CPF: 461.110.658.66

Período de Aquisição...: 13/07/2022 a 12/07/2023  
Período das Férias.....: 04/03/2024 a 02/04/2024

Série CTPS.: 00464  
Número CTPS: 0036256  
Dias Férias.: 30

Retorno ao Trabalho....: 03/04/2024  
Pagamento do Recibo....: 01/03/2024  
Salário Base.....: R\$ 3.104,19

Dias Abono...: 0

Rubrica	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
805	MEDIA VALOR FERIAS	834,35	834,35	
806	MEDIA HORAS FERIAS	2.141,76	2.141,76	
807	VANTAGENS FERIAS	1.241,68	1.241,68	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	2.440,66	
8783	DIAS FERIAS	30,00	3.104,19	
812	INSS FERIAS	9,31		908,85
942	IRRF FERIAS	27,50		1.538,79
	Totais.....:		9.762,64	2.447,64
	Líquidos.....:		7.315,00	

Recebi a importância de (sete mil trezentos e quinze reais ) referente quitação das férias.

PONTAL, 1 de Março de 2024

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
MATHEUS GABRIEL RUBIN



ESPELHO DO REMESSA N° : 001414

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENIENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

No. Agend.	Data Venc.	Valor Agend.	Nome Terceiro	Ocorrência
Tipo de Serviço : Pagamento Salários				
Forma de Pag. : Crédito em Conta Corrente				
34638	29/02/2024	7.315,00	MATHEUS GABRIEL RUBIN	