



**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:** 01/08/2023 A 31/08/2023 (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 |

**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\$) |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------|--------------------------|
| 10/08/2023                       | R\$ 216.596,38          | 03/08/2023      | 31054                          | R\$ 216.596,38           |
| 20/08/2023                       | R\$ 146.255,24          | 17/08/2023      | 171449                         | R\$ 146.255,24           |
|                                  |                         |                 |                                |                          |
|                                  |                         |                 |                                |                          |
|                                  |                         |                 |                                | R\$ 362.851,62           |

|   |                |
|---|----------------|
| (A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR                               | R\$ 488.521,50 |
| (B) REPASSE PÚBLICO NO EXERCÍCIO                              | R\$ 362.851,62 |
| (C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS | R\$ 7.151,20   |
| (D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)     |                |
| (E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)                      | R\$ 858.524,32 |
|   | R\$ -          |
| (F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA                |                |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)          | R\$ 858.524,32 |

(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\$ 111.734,30                                |  | R\$ 111.734,30  | R\$ 111.734,30  |  |  |
| Recursos Humanos Férias(6)                         | R\$ 9.829,85                                  |  | R\$ 9.829,85  | R\$ 9.829,85  |  |  |
| Medicamentos                                       | R\$ 10.977,90                                 |  | R\$ 10.977,90   | R\$ 10.977,90   |  |  |
| Material Hospitalar                                | R\$ 15.670,15                                 |  | R\$ 15.670,15   | R\$ 15.670,15   |  |  |
| Gênero Alimentícios                                |   |  |   |   |  |  |
| Insumos  | R\$ 7.181,26                                  |  | R\$ 7.181,26  | R\$ 7.181,26  |  |  |
| Produtos Limp./Lavanderia                          |   |  |   |   |  |  |
| Serviços Médicos                                   | R\$ 134.728,04                                |  | R\$ 134.728,04  | R\$ 134.728,04  |  |  |
| Impostos   | R\$ 38.824,01                                 |  | R\$ 38.824,01   | R\$ 38.824,01   |  |  |
| Serviços de Terceiros                              | R\$ 10.076,88                                 |  | R\$ 10.076,88   | R\$ 10.076,88   |  |  |
| Locações diversas                                  |   |  |   |   |  |  |
| Utilidades Públicas (7)                            |   |  |   |   |  |  |
| Combustível  |   |  |   |   |  |  |
| Bens e materias permanentes                        |   |  |   |   |  |  |
| Obras  |   |  |   |   |  |  |
| Depesas Bancárias                                  | R\$ 64,10                                     |  | R\$ 64,10   | R\$ 64,10   |  |  |
| Outras Despesas                                    |   |  |   |   |  |  |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>R\$ 339.086,49</b>                         | <b>R\$ -</b>   | <b>R\$ 339.086,49</b>   | <b>R\$ 339.086,49</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\$ | 858.524,32 |
| (J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)                             | R\$ | 339.086,49 |
| (K) RECURSOS PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]                   | R\$ | 519.437,83 |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO                              |     |            |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L) | R\$ | 519.437,83 |

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, 13 de Setembro de 2023



**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: 01/08/2023 até 31/08/2023 (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 |

| DATA DO    | ESPECIFICAÇÃO DO | FORNECEDOR/PRESTADOR               | NATUREZA DA DESPESA | VALOR (BRUTO) | DESCONTOS    | VALOR (LÍQUIDO) | Nº CH ou | DATA DA    |
|------------|------------------|------------------------------------|---------------------|---------------|--------------|-----------------|----------|------------|
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | GABRIEL ARTHUR DA SILVA            | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 7.227,62  | R\$ 4.538,78 | R\$ 2.688,84    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | JOSE DOS SANTOS                    | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 7.221,79  | R\$ 4.142,95 | R\$ 3.078,84    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | MARIA MICHELA DOS SANTOS SILVA     | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 7.164,11  | R\$ 4.549,27 | R\$ 2.614,84    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | MATHEUS GABRIEL RUBIN              | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 8.043,37  | R\$ 5.564,27 | R\$ 2.479,10    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | RENATA ROSA SANTA FE SEVERINO      | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 7.235,81  | R\$ 4.541,87 | R\$ 2.693,94    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | ROSELI ELIAS                       | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 2.946,89  | R\$ 741,83   | R\$ 2.205,06    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA         | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 9.933,54  | R\$ 2.401,73 | R\$ 7.531,81    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | ANDRESSA CAMILA CASSARO DOS SANTOS | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 11.045,97 | R\$ 2.707,65 | R\$ 8.338,32    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | BIANCA VIEIRA CANJERANO            | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 1.086,64  | R\$ 183,24   | R\$ 903,40      | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | DANIELA COELHO DOS SANTOS          | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 6.386,30  | R\$ 1.461,85 | R\$ 4.924,45    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | ELIZANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO  | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 2.340,62  | R\$ 290,95   | R\$ 2.049,67    | 41004    | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS         | FERNANDA ALVES MARTINS             | RECURSOS HUMANOS    | R\$ 2.202,81  | R\$ 340,19   | R\$ 1.862,62    | 41004    | 04/08/2023 |



**SANTACASA**  
DE PONTAL

**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

|            |               |                                     |                  |               |               |              |       |            |
|------------|---------------|-------------------------------------|------------------|---------------|---------------|--------------|-------|------------|
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | FERNANDA APARECIDA TEIXEIRA         | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.202,81  | R\$ 298,55    | R\$ 1.904,26 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | FRATIANE FERREIRA LOPES             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.888,62  | R\$ 455,92    | R\$ 2.432,70 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | GIANI MARIA LUCERA MOTA             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.704,94  | R\$ 344,58    | R\$ 2.360,36 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | GILDETE AMADOR DE SOUZA NEVES       | RECURSOS HUMANOS | R\$ 11.108,35 | R\$ 2.672,67  | R\$ 8.435,68 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | GISLAINE APARECIDA CACHEIROS LINS   | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.202,81  | R\$ 681,72    | R\$ 1.521,09 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | GLENIA GUADALUPE DA SILVA           | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.694,11  | R\$ 489,19    | R\$ 2.204,92 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | GRAZIELA APARECIDA CORNELIO         | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.670,10  | R\$ 389,30    | R\$ 2.280,80 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | JESSICA CAROLINE DA SILVA COSTA     | RECURSOS HUMANOS | R\$ 3.518,79  | R\$ 3.271,29  | R\$ 247,50   | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | JOAO CARLOS DA ROCHA SILVA          | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.900,43  | R\$ 460,44    | R\$ 2.439,99 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | JOSIANE FERREIRA DOS REIS           | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.236,78  | R\$ 281,61    | R\$ 1.955,17 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | JOSIANE SEBASTIANA MIRONGA          | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.610,53  | R\$ 683,07    | R\$ 1.927,46 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | MARCIO GLEIZER DE SOUZA             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 9.996,13  | R\$ 2.266,84  | R\$ 7.729,29 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | NAYARA LAIS RAPOSO DOS SANTOS       | RECURSOS HUMANOS | R\$ 12.017,32 | R\$ 3.462,46  | R\$ 8.554,86 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | SILVANA ALVES MARTINS               | RECURSOS HUMANOS | R\$ 5.498,06  | R\$ 1.127,42  | R\$ 4.370,64 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | CESAR AUGUSTO MACHADO               | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.386,51  | R\$ 619,41    | R\$ 1.767,10 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | FLAVIANA REGINA NEGRAO              | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.074,97  | R\$ 700,42    | R\$ 1.374,55 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | GABRIELLE LIMA FEITEIRO             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.749,62  | R\$ 237,76    | R\$ 1.511,86 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | GUILHERME DE SOUZA FONSECA          | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.677,62  | R\$ 685,20    | R\$ 1.992,42 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | INGRID MILENA RODRIGUES DE OLIVEIRA | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.757,37  | R\$ 238,46    | R\$ 1.518,91 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | JESSICA MARIANA MACEDO ALMEIDA      | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.809,44  | R\$ 268,65    | R\$ 1.540,79 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | JOSE CLAUDIO DE ANDRADE             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.902,60  | R\$ 2.012,60  | -R\$ 110,00  | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | JULIANA RODRIGUES FREIRES           | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.749,62  | R\$ 303,15    | R\$ 1.446,47 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | KIVIA BOMBO                         | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.986,40  | R\$ 289,96    | R\$ 1.696,44 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | LISLAINE CARLA MOREIRA              | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.301,25  | R\$ 799,16    | R\$ 1.502,09 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | MELINE RODRIGUES CAMBREA            | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.115,23  | R\$ 301,56    | R\$ 1.813,67 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | NATALIA APARECIDA MOREIRA           | RECURSOS HUMANOS | R\$ 3.721,57  | -R\$ 3.831,57 | 110,00       | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | NATHALIA HELENA DOS SANTOS BIM      | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.900,27  | R\$ 269,24    | R\$ 1.631,03 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | PAULO ROBERTO DE ANDRADE            | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.473,94  | R\$ 589,94    | R\$ 1.884,00 | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SALÁRIOS      | SUSAN MARA DA CRUZ PORTO            | RECURSOS HUMANOS | R\$ 3.468,70  | R\$ 3.229,73  | R\$ 238,97   | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SERMED ODONTO | RODRIGUES LEIRA ODONTOLOGIA         | RECURSOS HUMANOS | R\$ 463,35    | R\$ -         | R\$ 463,35   | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | EMP CONSIG    | SICREDI PARQUE DAS ARAUCARIAS       | RECURSOS HUMANOS | R\$ 487,69    | R\$ -         | R\$ 487,69   | 41003 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SIND PARCIAL  | FOLHA DE PAGAMENTO                  | RECURSOS HUMANOS | R\$ 160,00    | R\$ -         | R\$ 160,00   | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SEG VIDA      | FOLHA DE PAGAMENTO                  | RECURSOS HUMANOS | R\$ 225,18    | R\$ -         | R\$ 225,18   | 41004 | 04/08/2023 |
| 31/07/2023 | SERMED SAÚDE  | FOLHA DE PAGAMENTO                  | RECURSOS HUMANOS | R\$ 964,17    | R\$ -         | R\$ 964,17   | 41003 | 04/08/2023 |



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

| DATA DO DOCUMENTO       | MARCIO GLEIZER DE SOUZA           | FÉRIAS                                | RECURSOS HUMANOS                  | R\$            | 4.602,54         | 0                      | R\$                  | 4.602,54            | 311054 | 31/08/2023 |
|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------|------------------|------------------------|----------------------|---------------------|--------|------------|
| DATA DO DOCUMENTO       | FLAVIANA REGINA NEGRAO            | FÉRIAS                                | RECURSOS HUMANOS                  | R\$            | 2.733,85         | 0                      | R\$                  | 2.733,85            | 311054 | 31/08/2023 |
| DATA DO DOCUMENTO       | CESAR AUGUSTO MACHADO             | FÉRIAS                                | RECURSOS HUMANOS                  | R\$            | 2.493,46         | 0                      | R\$                  | 2.493,46            | 311054 | 31/08/2023 |
|                         |                                   |                                       |                                   | R\$            | 121.564,15       |                        |                      |                     |        |            |
| DATA DO DOCUMENTO       | ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL | FORNECEDOR/PRESTADOR                  | NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE | VALOR (BRUTO)  | RETEÇÃO ENCARGOS | VALOR PAGO P/ CONVENIO | Nº CH ou DOC. DÉBITO | DATA DA COMPENSAÇÃO |        |            |
| <b>MEDICAMENTOS</b>     |                                   |                                       |                                   |                |                  |                        |                      |                     |        |            |
| 18/07/2023              | 423794                            | HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR              | MEDICAMENTOS                      | R\$ 895.80     | 0                | R\$ 895.80             | 19483240             | 07/08/2023          |        |            |
| 13/07/2023              | 423054                            | HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR              | MEDICAMENTOS                      | R\$ 585.00     | 0                | R\$ 585.00             | 19481247             | 07/08/2023          |        |            |
| 13/07/2023              | 59358                             | HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR              | MEDICAMENTOS                      | R\$ 370.00     | 0                | R\$ 370.00             | 19480389             | 07/08/2023          |        |            |
| 04/07/2023              | 421201                            | HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR              | MEDICAMENTOS                      | R\$ 1.198.00   | 0                | R\$ 1.198.00           | 19473956             | 07/08/2023          |        |            |
| 04/07/2023              | 335547                            | DUPATRI HOSP COM IMP E EXP LTDA       | MEDICAMENTOS                      | R\$ 1.060.40   | 0                | R\$ 1.060.40           | 19478775             | 07/08/2023          |        |            |
| 13/07/2023              | 5348                              | DROGAL FARMACEUTICA LTDA FL 223       | MEDICAMENTOS                      | R\$ 551.35     | 0                | R\$ 551.35             | 132264               | 07/08/2023          |        |            |
| 04/07/2023              | 95891                             | ATIVA COM HOSPITALAR LTDA             | MEDICAMENTOS                      | R\$ 1.809.50   | 0                | R\$ 1.809.50           | 19476324             | 07/08/2023          |        |            |
| 12/07/2023              | 136676                            | FUTURA COM PROD MED E HOSP LTDA       | MEDICAMENTOS                      | R\$ 1.906.60   | 0                | R\$ 1.906.60           | 19479426             | 07/08/2023          |        |            |
| 04/07/2023              | 76068                             | MIRASSOL MED COM DE MEDICAMENTOS LTDA | MEDICAMENTOS                      | R\$ 1.819.25   | 0                | R\$ 1.819.25           | 19477905             | 07/08/2023          |        |            |
| 21/07/2023              | 76132                             | MIRASSOL MED COM DE MEDICAMENTOS LTDA | MEDICAMENTOS                      | R\$ 442.00     | 0                | R\$ 442.00             | 19484185             | 07/08/2023          |        |            |
| 13/07/2023              | 76099                             | MIRASSOL MED COM DE MEDICAMENTOS LTDA | MEDICAMENTOS                      | R\$ 340.00     | 0                | R\$ 340.00             | 19482156             | 07/08/2023          |        |            |
|                         |                                   |                                       |                                   | R\$            |                  | R\$                    | 10.977.90            |                     |        |            |
| <b>SERVIÇOS MÉDICOS</b> |                                   |                                       |                                   |                |                  |                        |                      |                     |        |            |
| 11/08/2023              | 1503                              | LAB ANALISES CLIN STA TEREZA LTDA     | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 8.065.01   | 359.7            | R\$ 7.705.31           | 116557               | 18/08/2023          |        |            |
| 10/08/2023              | 26942                             | ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA           | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 3.870.00   | 238              | R\$ 3.632.00           | 116820               | 18/08/2023          |        |            |
| 11/08/2023              | 238                               | R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA                | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 127.460.75 | 10388.05         | R\$ 117.072.70         | 116633               | 18/08/2023          |        |            |
| 11/08/2023              | 240                               | R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA                | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 5.980.00   | 487.37           | R\$ 5.492.63           | 116721               | 18/08/2023          |        |            |
| 10/08/2023              | 26940                             | ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA           | SERVIÇOS MÉDICOS                  | R\$ 879.48     | 54.08            | R\$ 825.40             | 116894               | 18/08/2023          |        |            |
|                         |                                   |                                       |                                   | R\$            |                  | R\$                    | 134.728.04           |                     |        |            |



**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

| MATERIAL HOSPITALAR |              |  |                     |     |           |   |     |           |          |            |
|---------------------|--------------|--|---------------------|-----|-----------|---|-----|-----------|----------|------------|
| 14/07/2023          | 24904        | NACIONAL COM HOSPITALAR S.A                | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 800,00    | 0 | R\$ | 800,00    | 19493019 | 07/08/2023 |
| 14/07/2023          | 899822       | NACIONAL COM HOSPITALAR S.A                | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 305,90    | 0 | R\$ | 305,90    | 19489176 | 07/08/2023 |
| 14/07/2023          | 56325        | CIRURGICA RIB PRETO LTDA                   | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 1.119,80  | 0 | R\$ | 1.119,80  | 118766   | 07/08/2023 |
| 04/07/2023          | 56006        | CIRURGICA RIB PRETO LTDA                   | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 4.788,00  | 0 | R\$ | 4.788,00  | 118766   | 07/08/2023 |
| 12/07/2023          | 17065        | BMG DIST DE PROD HOSPITALAR LTDA           | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 600,96    | 0 | R\$ | 600,96    | 118843   | 07/08/2023 |
| 24/07/2023          | 424879       | HDL LOGISTICA HOSP LTDA                    | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 450,00    | 0 | R\$ | 450,00    | 19495587 | 07/08/2023 |
| 24/07/2023          | 424898       | HDL LOGISTICA HOSP LTDA                    | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 1.269,00  | 0 | R\$ | 1.269,00  | 19494204 | 07/08/2023 |
| 05/07/2023          | 58798        | HDL LOGISTICA HOSP LTDA                    | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 538,20    | 0 | R\$ | 538,20    | 19485171 | 07/08/2023 |
| 19/07/2023          | 965431       | C M HOSPITALAR S.A                         | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 280,00    | 0 | R\$ | 280,00    | 19492244 | 07/08/2023 |
| 07/07/2023          | 247938       | LUMAR COM PROD FARMACEUTICOS LTDA          | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 534,90    | 0 | R\$ | 534,90    | 118678   | 07/08/2023 |
| 14/07/2023          | 1202716      | C M HOSPITALAR S.A                         | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 183,60    | 0 | R\$ | 183,60    | 19491388 | 07/08/2023 |
| 18/07/2023          | 1205126      | C M HOSPITALAR S.A                         | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 567,05    | 0 | R\$ | 567,05    | 19490541 | 07/08/2023 |
| 14/07/2023          | 2560895      | C M HOSPITALAR S.A                         | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 136,71    | 0 | R\$ | 136,71    | 19488437 | 07/08/2023 |
| 05/07/2023          | 1195147      | C M HOSPITALAR S.A                         | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 3.265,53  | 0 | R\$ | 3.265,53  | 19486513 | 07/08/2023 |
| 08/08/2023          | 39286        | ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES              | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ | 830,50    | 0 | R\$ | 830,50    | 34161716 | 22/08/2023 |
|                     |              |  |                     | R\$ | 15.670,15 |   |     |           |          |            |
| INSUMOS             |              |  |                     |     |           |   |     |           |          |            |
| 04/07/2023          | 11621        | R MARCON PROD LIMPEZA ME                   | INSUMOS             | R\$ | 1.678,00  | 0 | R\$ | 1.678,00  | 19471144 | 07/08/2023 |
| 13/07/2023          | 23473        | TAS JET COM MAT INFORMATICA EIRELI         | INSUMOS             | R\$ | 1.820,00  | 0 | R\$ | 1.820,00  | 19472805 | 07/08/2023 |
| 13/07/2023          | 13292        | MAFFER DIST DE PROD DE LIMPEZA E DESC LTDA | INSUMOS             | R\$ | 409,34    | 0 | R\$ | 409,34    | 19472026 | 07/08/2023 |
| 07/08/2023          | 267          | MARIA AP ZANINI RAVAGNANI PONTAL           | INSUMOS             | R\$ | 739,00    | 0 | R\$ | 739,00    | 119116   | 07/08/2023 |
| 18/07/2023          | 13925        | JSSP PROD DE LIMPEZA LTDA                  | INSUMOS             | R\$ | 624,00    | 0 | R\$ | 624,00    | 118900   | 07/08/2023 |
| 11/07/2023          | 59577        | SERPEL COM DE MAT HIG E LIMPEZA LTDA       | INSUMOS             | R\$ | 1.310,92  | 0 | R\$ | 1.310,92  | 118592   | 07/08/2023 |
| 03/07/2023          | 11602        | R MARCON PROD LIMPEZA ME                   | INSUMOS             | R\$ | 600,00    | 0 | R\$ | 600,00    | 121588   | 07/08/2023 |
|                     |              |  |                     | R\$ | 7.181,26  |   |     |           |          |            |
| IMPOSTOS RETIDOS    |              |  |                     |     |           |   |     |           |          |            |
| 07/08/2023          | FUNCIONÁRIOS | GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS               | IMPOSTOS RETIDOS    | R\$ | 12.796,22 | 0 | R\$ | 12.796,22 | 533459   | 07/08/2023 |
| 04/08/2023          | PM DE PONTAL | GUIA PARA RECOLHIMENTO DE ISSQN            | IMPOSTOS RETIDOS    | R\$ | 3.031,13  | 0 | R\$ | 3.031,13  | 710632   | 08/08/2023 |
| 04/08/2023          | GUIA         | DARF CSSL/ COFINS/ PIS/ PASEP              | IMPOSTOS RETIDOS    | R\$ | 6.429,12  | 0 | R\$ | 6.429,12  | 710517   | 08/08/2023 |
| 04/08/2023          | GUIA         | DARF IRRF                                  | IMPOSTOS RETIDOS    | R\$ | 2.073,91  | 0 | R\$ | 2.073,91  | 710431   | 08/08/2023 |
| 17/08/2023          | GUIA         | DARF IRRF/ CP SEGURADOS                    | IMPOSTOS RETIDOS    | R\$ | 14.493,63 | 0 | R\$ | 14.493,63 | 26839    | 18/08/2023 |
|                     |              |  |                     | R\$ | 38.824,01 |   |     |           |          |            |



**SANTA CASA**  
DE PONTAL

**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

| SERVIÇOS DE TERCEIROS |        |                                       |                       |     |           |   |     |          |         |            |
|-----------------------|--------|---------------------------------------|-----------------------|-----|-----------|---|-----|----------|---------|------------|
| 01/08/2023            | 74     | FRANCIS VANDERLI GALVAO               | SERVICOS DE TERCEIROS | R\$ | 2.300,00  | 0 | R\$ | 2.300,00 | 119208  | 07/08/2023 |
| 24/07/2023            | 656    | MAZER COM E MANUT EQUIP. HOSPITALARES | SERVICOS DE TERCEIROS | R\$ | 1.600,00  | 0 | R\$ | 1.600,00 | 118391  | 07/08/2023 |
| 24/07/2023            | 1402   | MAZER COM E MANUT EQUIP. HOSPITALARES | SERVICOS DE TERCEIROS | R\$ | 6.176,88  | 0 | R\$ | 6.176,88 | 118495  | 07/08/2023 |
|                       |        |                                       |                       | R\$ | 10.076,88 |   |     |          |         |            |
| DESPESAS BANCARIAS    |        |                                       |                       |     |           |   |     |          |         |            |
| 04/08/2023            | TARIFA | TARIFAS BANCÁRIAS                     | DESPESAS BANCÁRIAS    | R\$ | 1,30      | 0 | R\$ | 1,30     | EXTRATO | 04/08/2023 |
| 04/08/2023            | TARIFA | TARIFAS BANCÁRIAS                     | DESPESAS BANCÁRIAS    | R\$ | 1,30      | 0 | R\$ | 1,30     | EXTRATO | 04/08/2023 |
| 04/08/2023            | TARIFA | TARIFAS BANCÁRIAS                     | DESPESAS BANCÁRIAS    | R\$ | 1,30      | 0 | R\$ | 1,30     | EXTRATO | 04/08/2023 |
| 04/08/2023            | TARIFA | TARIFAS BANCÁRIAS                     | DESPESAS BANCÁRIAS    | R\$ | 1,30      | 0 | R\$ | 1,30     | EXTRATO | 04/08/2023 |
| 04/08/2023            | TARIFA | TARIFAS BANCÁRIAS                     | DESPESAS BANCÁRIAS    | R\$ | 1,30      | 0 | R\$ | 1,30     | EXTRATO | 04/08/2023 |
| 25/08/2023            | TARIFA | TARIFAS BANCÁRIAS                     | DESPESAS BANCÁRIAS    | R\$ | 55,00     | 0 | R\$ | 55,00    | EXTRATO | 25/08/2023 |
| 31/08/2023            | TARIFA | TARIFAS BANCÁRIAS                     | DESPESAS BANCÁRIAS    | R\$ | 1,30      | 0 | R\$ | 1,30     | EXTRATO | 31/08/2023 |
|                       |        |                                       |                       | R\$ | 64,10     |   |     |          |         |            |

R\$ 339.086,49

Pontal, 13 de Setembro de 2023

JOÃO HENRIQUE DIAS PEDRO  
Interventor





## Extrato por período

Cliente: IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL

Conta: 3472 | 003 | 00000989-0

Data: 04/09/2023 - 08:06

Mês: Agosto/2023

Período: 1 - 31

### Extrato

| Data Mov.  | Nr. Doc. | Histórico      | Valor        | Saldo        |
|------------|----------|----------------|--------------|--------------|
|            | 000000   | SALDO ANTERIOR | 0,00         | 0,00         |
| 01/08/2023 | 000000   | SALDO DIA      |              | 0,00 C       |
| 02/08/2023 | 000000   | SALDO DIA      |              | 0,00 C       |
| 03/08/2023 | 367658   | APLICACAO      | 216.596,38 D | 216.596,38 D |
| 03/08/2023 | 031054   | CRED TEV       | 216.596,38 C | 0,00 C       |
| 03/08/2023 | 000000   | SALDO DIA      |              | 0,00 C       |
| 04/08/2023 | 041003   | TEV MESM T     | 487,69 D     | 487,69 D     |
| 04/08/2023 | 041003   | TEV MESM T     | 964,17 D     | 1.451,86 D   |
| 04/08/2023 | 041004   | TEV MESM T     | 463,35 D     | 1.915,21 D   |
| 04/08/2023 | 041004   | TEV MESM T     | 160,00 D     | 2.075,21 D   |
| 04/08/2023 | 041004   | TEV MESM T     | 109.433,91 D | 111.509,12 D |
| 04/08/2023 | 041004   | TEV MESM T     | 225,18 D     | 111.734,30 D |
| 04/08/2023 | 000140   | TR TEV IBC     | 1,30 D       | 111.735,60 D |
| 04/08/2023 | 000140   | TR TEV IBC     | 1,30 D       | 111.736,90 D |
| 04/08/2023 | 000140   | TR TEV IBC     | 1,30 D       | 111.738,20 D |
| 04/08/2023 | 000140   | TR TEV IBC     | 1,30 D       | 111.739,50 D |
| 04/08/2023 | 000140   | TR TEV IBC     | 1,30 D       | 111.740,80 D |
| 04/08/2023 | 000140   | TR TEV IBC     | 1,30 D       | 111.742,10 D |
| 04/08/2023 | 727220   | RESG AUTOM     | 111.742,10 C | 0,00 C       |
| 04/08/2023 | 000000   | SALDO DIA      |              | 0,00 C       |
| 07/08/2023 | 471144   | PAG BOLETO     | 1.678,00 D   | 1.678,00 D   |
| 07/08/2023 | 472026   | PAG BOLETO     | 409,34 D     | 2.087,34 D   |
| 07/08/2023 | 472805   | PAG BOLETO     | 1.820,00 D   | 3.907,34 D   |
| 07/08/2023 | 473956   | PAG BOLETO     | 1.198,00 D   | 5.105,34 D   |
| 07/08/2023 | 476324   | PAG BOLETO     | 1.809,50 D   | 6.914,84 D   |
| 07/08/2023 | 477905   | PAG BOLETO     | 1.819,25 D   | 8.734,09 D   |
| 07/08/2023 | 478775   | PAG BOLETO     | 1.060,40 D   | 9.794,49 D   |
| 07/08/2023 | 479426   | PAG BOLETO     | 1.906,60 D   | 11.701,09 D  |

|            |        |            |             |             |
|------------|--------|------------|-------------|-------------|
| 07/08/2023 | 480389 | PAG BOLETO | 370,00 D    | 12.071,09 D |
| 07/08/2023 | 481247 | PAG BOLETO | 585,00 D    | 12.656,09 D |
| 07/08/2023 | 482156 | PAG BOLETO | 340,00 D    | 12.996,09 D |
| 07/08/2023 | 483240 | PAG BOLETO | 895,80 D    | 13.891,89 D |
| 07/08/2023 | 484185 | PAG BOLETO | 442,00 D    | 14.333,89 D |
| 07/08/2023 | 485171 | PAG BOLETO | 538,20 D    | 14.872,09 D |
| 07/08/2023 | 486513 | PAG BOLETO | 3.265,53 D  | 18.137,62 D |
| 07/08/2023 | 488437 | PAG BOLETO | 136,71 D    | 18.274,33 D |
| 07/08/2023 | 489176 | PAG BOLETO | 305,90 D    | 18.580,23 D |
| 07/08/2023 | 490541 | PAG BOLETO | 567,05 D    | 19.147,28 D |
| 07/08/2023 | 491388 | PAG BOLETO | 183,60 D    | 19.330,88 D |
| 07/08/2023 | 492244 | PAG BOLETO | 280,00 D    | 19.610,88 D |
| 07/08/2023 | 493019 | PAG BOLETO | 800,00 D    | 20.410,88 D |
| 07/08/2023 | 494204 | PAG BOLETO | 1.269,00 D  | 21.679,88 D |
| 07/08/2023 | 495587 | PAG BOLETO | 450,00 D    | 22.129,88 D |
| 07/08/2023 | 533459 | DEB P FGTS | 12.796,22 D | 34.926,10 D |
| 07/08/2023 | 118391 | ENVIO TED  | 1.600,00 D  | 36.526,10 D |
| 07/08/2023 | 118495 | ENVIO TED  | 6.176,88 D  | 42.702,98 D |
| 07/08/2023 | 118592 | ENVIO TED  | 1.310,92 D  | 44.013,90 D |
| 07/08/2023 | 118678 | ENVIO TED  | 534,90 D    | 44.548,80 D |
| 07/08/2023 | 118766 | ENVIO TED  | 5.907,80 D  | 50.456,60 D |
| 07/08/2023 | 118843 | ENVIO TED  | 600,96 D    | 51.057,56 D |
| 07/08/2023 | 118990 | ENVIO TED  | 624,00 D    | 51.681,56 D |
| 07/08/2023 | 119116 | ENVIO TED  | 739,00 D    | 52.420,56 D |
| 07/08/2023 | 119208 | ENVIO TED  | 2.300,00 D  | 54.720,56 D |
| 07/08/2023 | 121588 | ENVIO TED  | 600,00 D    | 55.320,56 D |
| 07/08/2023 | 132264 | ENVIO TED  | 551,35 D    | 55.871,91 D |
| 07/08/2023 | 727220 | RESG AUTOM | 55.871,91 C | 0,00 C      |
| 07/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 08/08/2023 | 710431 | PG ORG GOV | 2.073,91 D  | 2.073,91 D  |
| 08/08/2023 | 710517 | PG ORG GOV | 6.429,12 D  | 8.503,03 D  |
| 08/08/2023 | 710632 | PG PREFEIT | 3.031,13 D  | 11.534,16 D |
| 08/08/2023 | 727220 | RESG AUTOM | 11.534,16 C | 0,00 C      |
| 08/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 09/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 10/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 11/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |
| 14/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |             | 0,00 C      |

|            |        |            |              |              |
|------------|--------|------------|--------------|--------------|
| 15/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 16/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 17/08/2023 | 241701 | APLICACAO  | 146.255,24 D | 146.255,24 D |
| 17/08/2023 | 171449 | CRED TEV   | 146.255,24 C | 0,00 C       |
| 17/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 18/08/2023 | 026839 | PG ORG GOV | 14.493,63 D  | 14.493,63 D  |
| 18/08/2023 | 116557 | ENVIO TED  | 7.705,31 D   | 22.198,94 D  |
| 18/08/2023 | 116633 | ENVIO TED  | 117.072,70 D | 139.271,64 D |
| 18/08/2023 | 116721 | ENVIO TED  | 5.492,63 D   | 144.764,27 D |
| 18/08/2023 | 116820 | ENVIO TED  | 3.632,00 D   | 148.396,27 D |
| 18/08/2023 | 116894 | ENVIO TED  | 825,40 D     | 149.221,67 D |
| 18/08/2023 | 727220 | RESG AUTOM | 149.221,67 C | 0,00 C       |
| 18/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 21/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 22/08/2023 | 161716 | PAG BOLETO | 830,50 D     | 830,50 D     |
| 22/08/2023 | 727220 | RESG AUTOM | 830,50 C     | 0,00 C       |
| 22/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 23/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 24/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 25/08/2023 | 000000 | MANUT CTA  | 55,00 D      | 55,00 D      |
| 25/08/2023 | 727220 | RESG AUTOM | 55,00 C      | 0,00 C       |
| 25/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 28/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 29/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 30/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 C       |
| 31/08/2023 | 311054 | TEV MESM T | 9.829,85 D   | 9.829,85 D   |
| 31/08/2023 | 000140 | TR TEV IBC | 1,30 D       | 9.831,15 D   |
| 31/08/2023 | 727220 | RESG AUTOM | 9.831,15 C   | 0,00 C       |
| 31/08/2023 | 000000 | SALDO DIA  |              | 0,00 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<br>PONTAL, SP | Código<br>3472 | Operação<br>5970 | Emissão<br>04/09/2023 |
|-------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|

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

**Rentabilidade do Fundo**

|                     |                     |                                    |                                 |                                 |
|---------------------|---------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| No Mês(%)<br>1,3323 | No Ano(%)<br>8,7093 | Nos Últimos 12 Meses(%)<br>13,5573 | Cota em: 31/07/2023<br>2,138301 | Cota em: 31/08/2023<br>2,166790 |
|---------------------|---------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

**Administradora**

|                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| Nome<br>Caixa Econômica Federal | Endereço<br>SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF | CNPJ da Administradora<br>00.360.305/0001-04 |
|---------------------------------|---|--|

**Cliente**

|   |                                |                                 |                    |                |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--------------------|----------------|
| Nome<br>IRM DA STA CASA DE MISER PONTAL | CPF/CNPJ<br>55.110.753/0001-41 | Conta Corrente<br>003.000009890 | Mês/Ano<br>08/2023 | Folha<br>01/01 |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--------------------|----------------|

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| Análise do Perfil do Investidor | Data da Avaliação |
|---------------------------------|-------------------|

**Resumo da Movimentação**

| Histórico                  | Valor em R\$ | Qtde de Cotas  |
|----------------------------|--------------|----------------|
| Saldo Anterior             | 488.521,50C  | 228.462,456571 |
| Aplicações                 | 362.851,62C  | 168.974,806537 |
| Resgates                   | 339.086,49D  | 157.710,373226 |
| Rendimento Bruto no Mês    | 7.151,20C    |                |
| IRRF                       | 0,00         |                |
| IOF                        | 0,00         |                |
| Taxa de Saída              | 0,00         |                |
| Saldo Bruto*               | 519.437,83C  | 239.726,889881 |
| Resgate Bruto em Trânsito* | 0,00         |                |

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

**Movimentação Detalhada**

| Data    | Histórico | Valor R\$   | Qtde de Cotas  |
|---------|-----------|-------------|----------------|
| 03 / 08 | APLICACAO | 216.596,38C | 101.103,134856 |
| 04 / 08 | RESGATE   | 111.742,10D | 52.129,407320  |
|         | IRRF      | 0,00        |                |
|         | IOF       | 0,00        |                |
| 07 / 08 | RESGATE   | 55.871,91D  | 26.050,654724  |
|         | IRRF      | 0,00        |                |
|         | IOF       | 0,00        |                |
| 08 / 08 | RESGATE   | 11.534,16D  | 5.374,906947   |
|         | IRRF      | 0,00        |                |
|         | IOF       | 0,00        |                |
| 17 / 08 | APLICACAO | 146.255,24C | 67.871,671680  |
| 18 / 08 | RESGATE   | 149.221,67D | 69.208,005896  |
|         | IRRF      | 0,00        |                |
|         | IOF       | 0,00        |                |
| 22 / 08 | RESGATE   | 830,50D     | 384,768353     |
|         | IRRF      | 0,00        |                |
|         | IOF       | 0,00        |                |
| 25 / 08 | RESGATE   | 55,00D      | 25,434531      |
|         | IRRF      | 0,00        |                |
|         | IOF       | 0,00        |                |
| 31 / 08 | RESGATE   | 9.831,15D   | 4.537,195452   |
|         | IRRF      | 0,00        |                |
|         | IOF       | 0,00        |                |

**Dados de Tributação**

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| <b>Rendimento Base</b> | <b>IRRF</b> |
| 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:<br>0800 726 0101  | Endereço para Correspondência:<br>Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001   |
| Ouvidoria:<br>0800 725 7474  | Endereço Eletrônico:<br><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> |   |



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

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

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

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

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 109.433,91

**Data de débito:** 04/08/2023

**Data/hora da operação:** 04/08/2023 10:04:44

**Código da operação:** 041004

**Chave de segurança:** 5AHHUZQCTFL1QX9G

**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

RELAÇÃO DA FOLHA POR EMPREGADO

| Código   | Nome do empregado                   | Salário  | Out.Prov. | Sal.Pam.  | INSS   | IRRF      | Out.Desc. | Líquido   | PPTS       |           |
|--|-------------------------------------|----------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| <b>C.Custos: 19-RADIOLOGIA URGENCIA E EMERGENCIA</b> |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| <b>Empregados</b>                                    |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| 45   | GABRIEL ARTHUR DA SILVA             | 2.771,13 | 4.456,49  | 0,00      | 822,37 | 741,96    | 0,00      | 5.663,29  | 569,40     |           |
| 68   | JOSE DOS SANTOS                     | 2.771,13 | 4.450,66  | 0,00      | 792,28 | 795,41    | 0,00      | 5.634,10  | 552,21     |           |
| 103  | MARIA MICHELA DOS SANTOS SILVA      | 2.771,13 | 4.392,98  | 0,00      | 813,48 | 831,21    | 0,00      | 5.519,42  | 564,32     |           |
| 110  | MATHEUS GABRIEL RUBIN               | 3.104,19 | 4.939,18  | 0,00      | 876,95 | 1.055,56  | 0,00      | 6.110,86  | 634,66     |           |
| 130  | RENATA ROSA SANTA FE SEVERINO       | 2.771,13 | 4.464,68  | 0,00      | 823,52 | 743,90    | 0,00      | 5.668,39  | 570,06     |           |
| Empregados: 5  |                                     | Total:   | 14.166,71 | 22.703,99 | 0,00   | 4.128,60  | 4.168,04  | 0,00      | 28.596,06  | 2.890,65  |
| <b>C.Custos: 27-ULTRASSON</b>                        |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| <b>Empregados</b>                                    |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| 134  | ROSELI ELIAS                        | 2.836,89 | 110,00    | 0,00      | 243,48 | 36,11     | 352,24    | 2.315,06  | 226,95     |           |
| Empregados: 1  |                                     | Total:   | 2.836,89  | 110,00    | 0,00   | 243,48    | 36,11     | 352,24    | 2.315,06   | 226,95    |
| <b>C.Custos: 57-EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>             |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| <b>Empregados</b>                                    |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| 8  | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA          | 3.391,99 | 6.541,55  | 0,00      | 876,95 | 1.414,78  | 0,00      | 7.641,81  | 785,88     |           |
| 30   | ANDRESSA CAMILA CASSARO DOS SANTOS  | 3.508,96 | 7.537,01  | 0,00      | 876,95 | 1.720,70  | 0,00      | 8.448,32  | 874,87     |           |
| 226  | BIANCA VIEIRA CARJERANO             | 853,44   | 233,20    | 0,00      | 73,24  | 0,00      | 0,00      | 1.013,40  | 78,13      |           |
| 211  | DANIELA COELHO DOS SANTOS           | 5.169,42 | 1.216,88  | 0,00      | 704,59 | 647,26    | 0,00      | 5.034,45  | 502,10     |           |
| 32   | ELIZANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO   | 975,37   | 1.365,25  | 0,00      | 180,95 | 0,00      | 0,00      | 2.159,67  | 178,44     |           |
| 40   | FERNANDA ALVES MARTINS              | 1.828,81 | 374,00    | 0,00      | 168,55 | 0,00      | 61,64     | 1.972,62  | 167,42     |           |
| 39   | FERNANDA APARECIDA TEIXEIRA         | 1.828,81 | 374,00    | 0,00      | 168,55 | 0,00      | 20,00     | 2.014,26  | 167,42     |           |
| 46   | PRATIENE FERREIRA LOPES             | 1.828,81 | 1.059,81  | 0,00      | 215,48 | 20,71     | 109,73    | 2.542,70  | 208,28     |           |
| 48   | GIANI MARIA LUCERA MOTA             | 1.828,81 | 876,13    | 0,00      | 214,44 | 20,14     | 0,00      | 2.470,36  | 207,59     |           |
| 47   | GILDETE AMADOR DE SOUZA NEVES       | 3.508,96 | 7.599,39  | 0,00      | 876,95 | 1.685,72  | 0,00      | 8.545,68  | 864,29     |           |
| 50   | GISLAINE APARECIDA CALVEIROS LINS   | 1.828,81 | 374,00    | 0,00      | 168,55 | 0,00      | 403,17    | 1.631,09  | 167,42     |           |
| 55   | GLENIA GUADALUPE DA SILVA           | 1.828,81 | 865,30    | 0,00      | 196,31 | 0,00      | 182,88    | 2.314,92  | 192,09     |           |
| 54   | GRAZIELA APARECIDA CORNELIO         | 1.828,81 | 841,29    | 0,00      | 210,60 | 17,81     | 50,89     | 2.390,80  | 204,80     |           |
| 58   | JESSICA CAROLINE DA SILVA COSTA     | 1.845,93 | 1.872,86  | 0,00      | 312,11 | 94,01     | 2.755,17  | 357,50    | 272,69     |           |
| 65   | JOAO CARLOS DA ROCHA SILVA          | 1.828,81 | 1.071,62  | 0,00      | 218,40 | 22,31     | 109,73    | 2.549,99  | 210,23     |           |
| 206  | JOSIANE FERREIRA DOS REIS           | 1.828,81 | 407,97    | 0,00      | 171,61 | 0,00      | 0,00      | 2.065,17  | 170,14     |           |
| 73   | JOSIANE SEBASTIANA MIRONGA          | 1.828,81 | 781,72    | 0,00      | 188,78 | 0,00      | 245,66    | 2.176,09  | 185,41     |           |
| 100  | MARCIO GLEIZER DE SOUZA             | 3.508,96 | 6.487,17  | 0,00      | 876,95 | 1.187,22  | 92,67     | 7.839,29  | 765,18     |           |
| 119  | NAYARA LAIS RAPOSO DOS SANTOS       | 3.508,96 | 8.508,36  | 0,00      | 876,95 | 1.987,82  | 487,69    | 8.664,86  | 937,01     |           |
| 205  | SILVANA ALVES MARTINS               | 3.508,96 | 1.989,10  | 0,00      | 580,23 | 437,19    | 0,00      | 4.480,64  | 431,04     |           |
| Empregados: 20                                       |                                     | Total:   | 47.869,05 | 50.376,61 | 0,00   | 8.157,14  | 9.255,67  | 4.519,23  | 76.313,62  | 7.570,43  |
| <b>C.Custos: 59-RECEPCÃO / PORTARIA</b>              |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| <b>Empregados</b>                                    |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| 21   | CESAR AUGUSTO MACHADO               | 1.302,39 | 1.184,12  | 0,00      | 185,08 | 0,00      | 0,00      | 2.201,43  | 182,12     |           |
| 42   | FLAVIANA REGINA NEGRAO              | 1.539,62 | 435,35    | 0,00      | 157,04 | 0,00      | 433,38    | 1.484,55  | 157,19     |           |
| 159  | GABRIELLE LIMA PEYBEIRO             | 1.539,62 | 110,00    | 0,00      | 127,76 | 0,00      | 0,00      | 1.621,86  | 131,16     |           |
| 56   | GUILHERME DE SOUZA FONSECA          | 1.415,50 | 1.262,12  | 0,00      | 190,63 | 0,00      | 117,58    | 2.369,41  | 187,04     |           |
| 198  | INGRID MILENA RODRIGUES DE OLIVEIRA | 1.539,62 | 117,75    | 0,00      | 128,46 | 0,00      | 0,00      | 1.628,91  | 131,78     |           |
| 63   | JESSICA MARIANA MACEDO ALMEIDA      | 1.504,37 | 164,65    | 59,82     | 127,76 | 0,00      | 30,89     | 1.650,79  | 131,16     |           |
| 56   | 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           | 1.539,62 | 110,00    | 0,00      | 127,76 | 0,00      | 65,39     | 1.556,47  | 131,16     |           |
| 158  | KIVIA BOMBO                         | 1.539,62 | 346,78    | 0,00      | 149,07 | 0,00      | 30,89     | 1.806,44  | 150,11     |           |
| 88   | LESLAINE CARLA MOREIRA              | 1.415,50 | 885,75    | 0,00      | 177,41 | 0,00      | 0,00      | 2.123,84  | 175,30     |           |
| 113  | MELINE RODRIGUES CAMBREA            | 1.539,62 | 475,61    | 0,00      | 160,67 | 0,00      | 30,89     | 1.923,67  | 160,41     |           |
| 116  | NATALIA APARECIDA FONSECA           | 0,00     | 3.721,57  | 0,00      | 0,00   | 0,00      | 3.721,57  | 0,00      | 0,00       |           |
| 117  | NATHALIA HELENA DOS SANTOS RIM      | 1.380,46 | 110,00    | 59,82     | 135,94 | 0,00      | 23,30     | 1.741,03  | 138,43     |           |
| 125  | PAULO ROBERTO DE ANDRADE            | 1.415,50 | 1.058,44  | 0,00      | 192,95 | 0,00      | 20,00     | 2.260,99  | 189,11     |           |
| 143  | SUSAN MAKA DA CRUZ PORTO            | 2.143,24 | 1.345,46  | 0,00      | 267,54 | 0,00      | 2.852,19  | 348,97    | 242,99     |           |
| Empregados: 15                                       |                                     | Total:   | 20.725,27 | 13.230,20 | 119,64 | 2.128,07  | 0,00      | 9.228,68  | 22.718,36  | 2.107,96  |
| Todos geral: 41                                      |                                     | Total:   | 85.619,92 | 86.420,80 | 119,64 | 14.657,29 | 13.459,82 | 14.100,15 | 129.943,10 | 12.795,99 |



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

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

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

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

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 160,00

**Data de débito:** 04/08/2023

**Data/hora da operação:** 04/08/2023 10:04:30

**Código da operação:** 041004

**Chave de segurança:** 9CR01ZRY5L2XKKLC

**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

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

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

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

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 463,35

**Data de débito:** 04/08/2023

**Data/hora da operação:** 04/08/2023 10:04:14

**Código da operação:** 041004

**Chave de segurança:** NXWGP23H88JV2MGZ

**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

**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:** 04/08/2023

**Data/hora da operação:** 04/08/2023 10:04:00

**Código da operação:** 041004

**Chave de segurança:** QUGCJ18M6Q4TKKV9

**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

**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:** 04/08/2023

**Data/hora da operação:** 04/08/2023 10:03:47

**Código da operação:** 041003

**Chave de segurança:** GAFUA5X4ZCKX11FU

**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

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

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

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

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 487,69

**Data de débito:** 04/08/2023

**Data/hora da operação:** 04/08/2023 10:03:33

**Código da operação:** 041003

**Chave de segurança:** Z69NQF1YZ41ASZQS

**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

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

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

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

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 9.829,85

**Data de débito:** 31/08/2023

**Data/hora da operação:** 31/08/2023 10:54:43

**Código da operação:** 311054

**Chave de segurança:** NN6ZE554GT08HVS9

**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 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:**

858000001271 962201792300 807679050858 511075300017

**CNPJ/CEI empresa:** 55.110.753/0001-41

**Cód. convênio:** 0179

**Data de validade:** 07/08/2023

**Competência:** 07/2023

**Valor recolhido:** 12.796,22

**Identificação da operação:**

**Data / hora:** 07/08/2023

**Data de Débito:** 07/08/2023

**Código da operação:** 00533459

**Chave de segurança:** 92MP8J9HL44Y94VJ

**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

989-0.



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 07/08/2023 - 08:40:38

|   |                                |  |                             |                                    |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA |                                |  |                             | 02-DDD/TELEFONE<br>(0016) 39539100 |
| 03-FPAS<br>639  | 04-SIMPLES<br>1                | 05-REMUNERAÇÃO<br>159.952,86                 | 06-QTDE TRABALHADORES<br>39 | 07-ALÍQUOTA FGTS<br>8              |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO<br>115                                      | 09-ID RECOLHIMENTO<br>017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 )<br>55.110.753/0001-41 | 11-COMPETÊNCIA<br>07/2023   | 12-DATA DE VALIDADE<br>07/08/2023  |

|   |                     |                                  |
|---|---------------------|----------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL<br>12.796,22 | 14-ENCARGOS<br>0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER<br>12.796,22 |
|---|---------------------|----------------------------------|

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/08/2023\*\*

858000001271 962201792300 807679050858 511075300017

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 07/08/2023 - 08:40:38

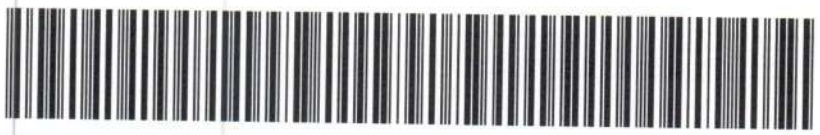
|   |                                |  |                             |                                    |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA |                                |  |                             | 02-DDD/TELEFONE<br>(0016) 39539100 |
| 03-FPAS<br>639  | 04-SIMPLES<br>1                | 05-REMUNERAÇÃO<br>159.952,86                 | 06-QTDE TRABALHADORES<br>39 | 07-ALÍQUOTA FGTS<br>8              |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO<br>115                                      | 09-ID RECOLHIMENTO<br>017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 )<br>55.110.753/0001-41 | 11-COMPETÊNCIA<br>07/2023   | 12-DATA DE VALIDADE<br>07/08/2023  |

|   |                     |                                  |
|---|---------------------|----------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL<br>12.796,22 | 14-ENCARGOS<br>0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER<br>12.796,22 |
|---|---------------------|----------------------------------|

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/08/2023\*\*

858000001271 962201792300 807679050858 511075300017

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



RELAÇÃO DA FOLHA POR EMPREGADO

| Código                          | Nome do empregado                   | Salário  | Out.Prov. | Sal.Pam.  | INSS   | IRRF      | Out.Desc. | Líquido   | FGTS       |           |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Departamento: 41-URG/EMERGENCIA |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| Empregados                      |                                     |          |           |           |        |           |           |           |            |           |
| 8                               | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA          | 3.391,99 | 6.541,55  | 0,00      | 876,95 | 1.414,78  | 0,00      | 7.641,81  | 785,88     |           |
| 10                              | ANDRESSA CAMILA CASSARO DOS SANTOS  | 3.508,96 | 7.537,01  | 0,00      | 876,95 | 1.720,70  | 0,00      | 8.448,32  | 874,87     |           |
| 226                             | BIANCA VIEIRA CANJERANO             | 853,44   | 233,20    | 0,00      | 73,24  | 0,00      | 0,00      | 1.013,40  | 78,13      |           |
| 21                              | CESAR AUGUSTO MACHADO               | 1.202,39 | 1.184,12  | 0,00      | 185,08 | 0,00      | 0,00      | 2.201,43  | 182,12     |           |
| 211                             | DANIELA COELHO DOS SANTOS           | 5.169,42 | 1.216,88  | 0,00      | 704,59 | 647,26    | 0,00      | 5.034,45  | 502,10     |           |
| 32                              | ELIZANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO   | 975,37   | 1.365,25  | 0,00      | 180,95 | 0,00      | 0,00      | 2.159,67  | 178,44     |           |
| 40                              | FERNANDA ALVES MARTINS              | 1.828,81 | 374,00    | 0,00      | 168,55 | 0,00      | 61,64     | 1.972,62  | 167,42     |           |
| 39                              | FERNANDA APARECIDA TEXEIRA          | 1.828,81 | 374,00    | 0,00      | 168,55 | 0,00      | 20,00     | 2.014,26  | 167,42     |           |
| 42                              | FLAVIANA REGINA NEGRAO              | 1.639,62 | 435,35    | 0,00      | 157,04 | 0,00      | 433,38    | 1.484,55  | 157,19     |           |
| 46                              | FRATIANE FERREIRA LOPES             | 1.828,81 | 1.059,81  | 0,00      | 215,48 | 20,71     | 109,73    | 2.542,70  | 208,28     |           |
| 45                              | GABRIEL ARTHUR DA SILVA             | 2.771,13 | 4.456,49  | 0,00      | 822,37 | 741,96    | 0,00      | 5.663,29  | 569,40     |           |
| 159                             | GABRIELLE LIMA FEITEIRO             | 1.639,62 | 110,00    | 0,00      | 127,76 | 0,00      | 0,00      | 1.621,86  | 131,16     |           |
| 48                              | GIANI MARIA LUCERA MOTA             | 1.828,81 | 876,13    | 0,00      | 214,44 | 20,14     | 0,00      | 2.470,36  | 207,59     |           |
| 47                              | GILDETE AMADOR DE SOUZA NEVES       | 3.508,96 | 7.599,39  | 0,00      | 876,95 | 1.685,72  | 0,00      | 8.545,68  | 864,29     |           |
| 50                              | GISLAINE APARECIDA CALHEIROS LINS   | 1.828,81 | 374,00    | 0,00      | 168,55 | 0,00      | 403,17    | 1.631,09  | 167,42     |           |
| 55                              | GLENIA GUADALUPE DA SILVA           | 1.828,81 | 865,30    | 0,00      | 196,31 | 0,00      | 182,88    | 2.314,92  | 192,09     |           |
| 54                              | GRAZIELA APARECIDA CORNELIO         | 1.828,81 | 841,29    | 0,00      | 210,60 | 17,81     | 50,89     | 2.390,80  | 204,80     |           |
| 56                              | GUILHERME DE SOUZA FONSECA          | 1.415,50 | 1.262,12  | 0,00      | 190,63 | 0,00      | 117,58    | 2.369,41  | 187,04     |           |
| 198                             | INGRID MILENA RODRIGUES DE OLIVEIRA | 1.639,62 | 117,75    | 0,00      | 128,46 | 0,00      | 0,00      | 1.628,91  | 131,78     |           |
| 58                              | JESSICA CAROLINE DA SILVA COSTA     | 1.645,93 | 1.872,86  | 0,00      | 312,11 | 94,01     | 2.755,17  | 357,50    | 272,69     |           |
| 63                              | JESSICA MARIANA MACEDO ALMEIDA      | 1.584,97 | 164,65    | 59,82     | 127,76 | 0,00      | 30,89     | 1.650,79  | 131,16     |           |
| 65                              | JOAO CARLOS DA ROCHA SILVA          | 1.828,81 | 1.071,62  | 0,00      | 218,40 | 22,31     | 109,73    | 2.549,99  | 210,23     |           |
| 66                              | JOSE CLAUDIO DE ANDRADE             | 0,00     | 1.902,60  | 0,00      | 0,00   | 0,00      | 1.902,60  | 0,00      | 0,00       |           |
| 68                              | JOSE DOS SANTOS                     | 2.771,13 | 4.450,66  | 0,00      | 792,28 | 795,41    | 0,00      | 5.634,10  | 552,21     |           |
| 206                             | JOSIANE FERREIRA DOS REIS           | 1.828,81 | 407,97    | 0,00      | 171,61 | 0,00      | 0,00      | 2.065,17  | 170,14     |           |
| 73                              | JOSIANE SEBASTIANA MIRONGA          | 1.828,81 | 781,72    | 0,00      | 188,78 | 0,00      | 245,66    | 2.176,09  | 185,41     |           |
| 75                              | JULIANA RODRIGUES FREIRES           | 1.639,62 | 110,00    | 0,00      | 127,76 | 0,00      | 65,39     | 1.556,47  | 131,16     |           |
| 158                             | KIVIA BOMBO                         | 1.639,62 | 346,78    | 0,00      | 149,07 | 0,00      | 30,89     | 1.806,44  | 150,11     |           |
| 88                              | LISLAINE CARLA MOREIRA              | 1.415,50 | 885,75    | 0,00      | 177,41 | 0,00      | 0,00      | 2.123,84  | 175,30     |           |
| 100                             | MARCIO GLEIZER DE SOUZA             | 3.508,96 | 6.487,17  | 0,00      | 876,95 | 1.187,22  | 92,67     | 7.839,29  | 765,18     |           |
| 103                             | MARIA MICHELA DOS SANTOS SILVA      | 2.771,13 | 4.392,98  | 0,00      | 813,48 | 831,21    | 0,00      | 5.519,42  | 564,32     |           |
| 110                             | MATHEUS GABRIEL RUBIN               | 3.104,19 | 4.939,18  | 0,00      | 876,95 | 1.055,56  | 0,00      | 6.110,86  | 634,66     |           |
| 113                             | MELINE RODRIGUES CAMBREA            | 1.639,62 | 475,61    | 0,00      | 160,67 | 0,00      | 30,89     | 1.923,67  | 160,41     |           |
| 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 | 110,00    | 59,82     | 135,94 | 0,00      | 23,30     | 1.741,03  | 138,43     |           |
| 119                             | NAYARA LAIS RAPOSO DOS SANTOS       | 3.508,96 | 8.508,36  | 0,00      | 876,95 | 1.987,82  | 487,69    | 8.664,86  | 937,01     |           |
| 125                             | PAULO ROBERTO DE ANDRADE            | 1.415,50 | 1.058,44  | 0,00      | 192,95 | 0,00      | 20,00     | 2.260,99  | 189,11     |           |
| 130                             | RENATA ROSA SANTA FE SEVERINO       | 2.771,13 | 4.464,68  | 0,00      | 823,52 | 743,90    | 0,00      | 5.668,39  | 570,06     |           |
| 134                             | ROSELI ELIAS                        | 2.836,89 | 110,00    | 0,00      | 243,48 | 36,11     | 352,24    | 2.315,06  | 226,95     |           |
| 205                             | SILVANA ALVES MARTINS               | 3.508,96 | 1.989,10  | 0,00      | 580,23 | 437,19    | 0,00      | 4.480,64  | 431,04     |           |
| 143                             | SUSAN MARA DA CRUZ PORTO            | 2.123,24 | 1.345,46  | 0,00      | 267,54 | 0,00      | 2.852,19  | 348,97    | 242,99     |           |
| Empregados:                     | 41                                  | Total:   | 85.619,92 | 86.420,80 | 119,64 | 14.657,29 | 13.459,82 | 14.100,15 | 129.943,10 | 12.795,99 |
| Todos geral:                    | 41                                  | Total:   | 85.619,92 | 86.420,80 | 119,64 | 14.657,29 | 13.459,82 | 14.100,15 | 129.943,10 | 12.795,99 |



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

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 02730.755002 00012.891172 8 94400000182000    |
| <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>TAS JET COMERCIO DE MATERIAIS PARA INFORMATICA LTD</b> |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>TAS JET COMERCIO DE MATERIAIS PARA INFORMATICA LTD</b> |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>07.999.815/0001-75</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>               | 12/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boletto:</b>         | 1.820,00   |
| <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>            | 1.820,00   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.820,00   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:06:57 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019472805        |
| <b>Chave de segurança:</b> | ZAPPZC1RJA1EP4YF |

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





TAS JET COMERCIO DE MATERIAIS PARA INFORMATICA - EIRELI EPP  
RUA BRASIL, 2447  
CENTRO  
15800-030 - CATANDUVA - SP  
(17) 3521-3160

DANFE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

Nº 0023473 - S 1 - FL 1/1

CONTROLE DO FISCO



Chave de acesso da NFe para consulta de autenticidade no site [www.nfe.fazenda.gov.br](http://www.nfe.fazenda.gov.br)  
3523 0707 9998 1500 0175 5500 1000 0234 7317 5717 1445

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135231120086504 - 13/07/2023 12:47:25-

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA ST

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
260159017113

INSCRIÇÃO ESTADUAL ST

CNPJ  
07.999.815/0001-75

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA (000014)

CNPJ / CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

13/07/2023

ENDEREÇO

RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DA SAÍDA

13/07/2023

MUNICÍPIO

Pontal

FONE / FAX

1639531719

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

12:47:29

FATURA

001 12/08/2023 R\$ 1.820,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS ST

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.820,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.820,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0 - Emitente (CIF)

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH   | CST  | CFOP | UN | QTD  | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | VALOR DESC | BC ICMS | BC ICMS ST | VALOR ICMS | VALOR ICMS ST | VALOR IPI | ALÍQ ICMS | ALÍQ IPI |
|--------|--------------------------------|----------|------|------|----|------|----------------|-------------|------------|---------|------------|------------|---------------|-----------|-----------|----------|
| 000697 | TONER A SAMSUNG 5637 (D205) -  | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 3,00 | 200,00         | 600,00      | 0,00       | 0,00    | 0,00       | 0,00       | 0,00          | 0,00      | 0,00      | 0,00     |
| 000024 | TONER COLOR A HP 531A CYAN -   | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 1,00 | 150,00         | 150,00      | 0,00       | 0,00    | 0,00       | 0,00       | 0,00          | 0,00      | 0,00      | 0,00     |
| 001846 | TONER A HP CB435A -            | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 1,00 | 70,00          | 70,00       | 0,00       | 0,00    | 0,00       | 0,00       | 0,00          | 0,00      | 0,00      | 0,00     |
| 000360 | TONER HP 255A - HP CE255A      | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 4,00 | 250,00         | 1.000,00    | 0,00       | 0,00    | 0,00       | 0,00       | 0,00          | 0,00      | 0,00      | 0,00     |

RECEBIDO: Valeria

DATA: 13 / 07 / 2023

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

CÁLCULO DO ICMS

Valor ICMS Útil de Remetente

Valor ICMS UF de Destino

Valor IPI de Destino

0,00

0,00

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL CONFORME LEI COMPLEMENTAR 123/06 ESTE DOCUMENTO NAO TRANSFERE CREDITO DE ICMS-COMUNICADO  
CAT-9/99

ICMS REC.P/SUBS.TRIB DLC 53.625/2008

PEDIDO 4951 30 DIAS TERMO DE CONVENIO No 002/2022 - T. A No 004/2023 VENDEDOR.: 0018 TRIB APROX R\$ 286,10 Federal e 218,40 Estadual - Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

[www.fwl.com.br](http://www.fwl.com.br)

RECEBEMOS DE TAS JET COMERCIO DE MATERIAIS PARA INFORMATICA - EIRELI EPP, OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 13/07/2023 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA (000014) VALOR TOTAL: 1.820,00

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 0023473  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1

|   |                               |                   |             |                                  |  |
|---|-------------------------------|-------------------|-------------|----------------------------------|--|
| Local de pagamento<br><b>QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>  |                               |                   |             |                                  | Vencimento<br>12/08/2023                     |
| Cedente<br><b>TASJET COM.MATERIAIS P/ INFORMATICA LTDA ME (07.999.815/0001-75)</b>  |                               |                   |             |                                  | Agência / Código cedente<br>0050-7 / 52315-1 |
| Data do documento<br>13/07/2023   | Nro do documento<br>023473-01 | Espécie doc<br>DM | Aceite<br>N | Data processamento<br>13/07/2023 | Nosso número<br>2730755000012891             |
| Uso do banco  | Carteira<br>17                | Espécie<br>R\$    | Quantidade  | Valor                            | (=) Valor do documento<br>1.820,00           |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente)<br>NÃO RECEBER APÓS 5 DIAS CORRIDOS DE VENCIDO<br>APÓS O VENCIMENTO PAGAR SOMENTE NO BANCO DO BRASIL<br>SUJEITO A PROTESTO SEM PRÉVIO AVISO.<br>JUROS DE R\$ 3,64 AO DIA, APÓS 12/08/2023 |                               |                   |             |                                  | (-) Desconto / Abatimento                    |
|   |                               |                   |             |                                  | (-) Outras deduções                          |
|   |                               |                   |             |                                  | (+) Mora/Multa                               |
|   |                               |                   |             |                                  | (+) Outros acréscimos                        |
| Sacado<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA (000014)<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753 - Bairro: CENTRO<br>14180-000 PONTAL-SP   |                               |                   |             |                                  | (=) Valor cobrado                            |
|   |                               |                   |             |                                  | CNPJ / CPF<br>55.110.753/0001-41             |

|   |                               |                   |             |                                  |  |
|---|-------------------------------|-------------------|-------------|----------------------------------|--|
| <b>BANCO DO BRASIL</b> 001-9 00190.00009 02730.755002 00012.891172 8 94400000182000   |                               |                   |             |                                  |  |
| Local de pagamento<br><b>QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>  |                               |                   |             |                                  | Vencimento<br>12/08/2023                     |
| Cedente <b>TASJET COM.MATERIAIS P/ INFORMATICA LTDA ME (07.999.815/0001-75)</b><br>Endereço RUA BRASIL, 2447 - CATANDUVA-SP CEP: 15800030   |                               |                   |             |                                  | Agência / Código cedente<br>0050-7 / 52315-1 |
| Data do documento<br>13/07/2023   | Nro do documento<br>023473-01 | Espécie doc<br>DM | Aceite<br>N | Data processamento<br>13/07/2023 | Nosso número<br>2730755000012891             |
| Uso do banco  | Carteira<br>17                | Espécie<br>R\$    | Quantidade  | Valor                            | (=) Valor do documento<br>1.820,00           |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente)<br>NÃO RECEBER APÓS 5 DIAS CORRIDOS DE VENCIDO<br>APÓS O VENCIMENTO PAGAR SOMENTE NO BANCO DO BRASIL<br>SUJEITO A PROTESTO SEM PRÉVIO AVISO.<br>JUROS DE R\$ 3,64 AO DIA, APÓS 12/08/2023 |                               |                   |             |                                  | (-) Desconto / Abatimento                    |
|   |                               |                   |             |                                  | (-) Outras deduções                          |
|   |                               |                   |             |                                  | (+) Mora/Multa                               |
|   |                               |                   |             |                                  | (+) Outros acréscimos                        |
| Sacado<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA (000014)<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753 - Bairro: CENTRO<br>14180-000 PONTAL-SP   |                               |                   |             |                                  | (=) Valor cobrado                            |
| Sacador / Avalista:   |                               |                   |             |                                  | CNPJ / CPF<br>55.110.753/0001-41             |
|   |                               |                   |             |                                  | Código de baixa:                             |

Autenticação Mecânica

|   |                               |                   |             |                                  |  |
|---|-------------------------------|-------------------|-------------|----------------------------------|--|
| <b>BANCO DO BRASIL</b> 001-9 00190.00009 02730.755002 00012.891172 8 94400000182000   |                               |                   |             |                                  |  |
| Local de pagamento<br><b>QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>  |                               |                   |             |                                  | Vencimento<br>12/08/2023                     |
| Cedente <b>TASJET COM.MATERIAIS P/ INFORMATICA LTDA ME (07.999.815/0001-75)</b>   |                               |                   |             |                                  | Agência / Código cedente<br>0050-7 / 52315-1 |
| Data do documento<br>13/07/2023   | Nro do documento<br>023473-01 | Espécie doc<br>DM | Aceite<br>N | Data processamento<br>13/07/2023 | Nosso número<br>2730755000012891             |
| Uso do banco  | Carteira<br>17                | Espécie<br>R\$    | Quantidade  | Valor                            | (=) Valor do documento<br>1.820,00           |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente)<br>NÃO RECEBER APÓS 5 DIAS CORRIDOS DE VENCIDO<br>APÓS O VENCIMENTO PAGAR SOMENTE NO BANCO DO BRASIL<br>SUJEITO A PROTESTO SEM PRÉVIO AVISO.<br>JUROS DE R\$ 3,64 AO DIA, APÓS 12/08/2023 |                               |                   |             |                                  | (-) Desconto / Abatimento                    |
|   |                               |                   |             |                                  | (-) Outras deduções                          |
|   |                               |                   |             |                                  | (+) Mora/Multa                               |
|   |                               |                   |             |                                  | (+) Outros acréscimos                        |
| Sacado<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA (000014)<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753 - Bairro: CENTRO<br>14180-000 PONTAL-SP   |                               |                   |             |                                  | (=) Valor cobrado                            |
| Sacador / Avalista:   |                               |                   |             |                                  | CNPJ / CPF<br>55.110.753/0001-41             |
|   |                               |                   |             |                                  | Código de baixa:                             |

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 11/07/2023 13:45

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

4951

**Pedido de Compra**

| Tipo Pedido: PRODUTO                               |        | Fornecedor: 26 - TAS JET COMERCIO DE MATERIAIS PARA |              | Data Ped: 11/07/2023           |            |
|--|--------|---|--------------|--------------------------------|------------|
| 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                               |        |   |              |                                |            |
| 4090- 1 TONNER SAMSUNG 5637 D205-UNIDADE-          |        |   | Não Entregou |                                |            |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 3,0000 | 200,0000  | 0,0000       | 0,0000                         | 600,0000   |
| Complemento do item                                |        |   |              |                                |            |
| 4093- 1 TONNER TAS JET HP CB531 AZUL-UNIDADE-      |        |   | Não Entregou |                                |            |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 1,0000 | 150,0000  | 0,0000       | 0,0000                         | 150,0000   |
| Complemento do item                                |        |   |              |                                |            |
| 4098- 1 TONNER UNIVERSAL 435/436/285-UNIDADE-      |        |   | Não Entregou |                                |            |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 1,0000 | 70,0000   | 0,0000       | 0,0000                         | 70,0000    |
| Complemento do item                                |        |   |              |                                |            |
| 4489- 1 TONNER HP 255A-HP CE255A-UNIDADE-          |        |   | Não Entregou |                                |            |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 4,0000 | 250,0000  | 0,0000       | 0,0000                         | 1.000,0000 |
| Complemento do item                                |        |   |              |                                |            |

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.820,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 1.820,0000        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 1.820,0000      |


  
 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> | 42297.01208 00020.197927 96691.751620 3 94380000040934 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | BANCO SAFRA S/A  |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 422  |
| <b>Código do ISPB:</b>                             | 58160789   |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |  |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | MAFFER DIST PROD LIMP E DESC L                         |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | MAFFER DIST PROD LIMP E DESC L                         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 33.484.717/0001-05                                     |
| <b>Beneficiário Final</b>                          |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | MAFFER DIST PROD LIMP E DESC L                         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 33.484.717/0001-05                                     |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | SANTA CASA 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>               | 10/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 409,34     |
| <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>            | 409,34     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 409,34     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:07:12 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019472026        |
| <b>Chave de segurança:</b> | WUGKSMXH6S06ZXMC |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| RECEBIMOS DE MAFFER DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA E DESC. LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO |   | NF-e<br>Nº 000013292<br>SÉRIE 000 |
| EMISSÃO: 13/07/2023 - DEST. / REM.: SANTA CASA DE PONTAL - VALOR TOTAL R\$ 409,34   |   |                                   |
| DATA DE RECEBIMENTO   | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                                   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE<br><b>MAFFER DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA E DESC. LTDA</b><br>AV. PROFESSORA DINA RIZZI, 2278 - PQ. RESIDENCIAL PORTINARI - CEP:14093-550 - RIBEIRAO PRETO - SP<br>TEL: 3236-3239 | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br>Nº 000013292 fl. 1 / 2<br>SÉRIE 000 | <br>CHAVE DE ACESSO<br>3523 0733 4847 1700 0105 5500 0000 0132 9219 9280 0893<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br>ou no site da Sefaz Autorizadora |
|---|--|--|

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| NATUREZA DE OPERAÇÃO<br>VENDA DE MERCADORIA | PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135231122475531 13/07/2023 17:28:39 |                                  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>797479580119          | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.                                   | CNPJ / CPF<br>33.484.717/0001-05 |

|   |                             |                                  |                                    |
|---|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE<br>NOME / RAZÃO SOCIAL<br>SANTA CASA DE PONTAL |                             | CNPJ / CPF<br>55.110.753/0001-41 | DATA DA EMISSÃO<br>13/07/2023      |
| ENDEREÇO<br>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 HOSPITAL                  | BAIRRO / DISTRITO<br>CENTRO | CEP<br>14180-000                 | DATA SAÍDA / ENTRADA<br>13/07/2023 |
| MUNICÍPIO<br>PONTAL   | FONE / FAX<br>(16)3953-1716 | UF<br>SP                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL                 |

| DADOS DA FATURA | NÚMERO | VALOR ORIGINAL | VALOR DESCONTO | VALOR LÍQUIDO |
|-----------------|--------|----------------|----------------|---------------|
|                 | 25690  | 409,34         | 0,00           | 409,34        |

| DUPPLICATAS | Nº DUPLICATA | VENC.      | VALOR  | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR |
|-------------|--------------|------------|--------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|
|             | 001          | 10/08/2023 | 409,34 |              |       |       |              |       |       |              |       |       |

| 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                 | 409,34                   |                     |
|                    | 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                     | 409,34              |

|   |                             |                                  |                    |                  |              |                                  |
|---|-----------------------------|----------------------------------|--------------------|------------------|--------------|----------------------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS<br>RAZÃO SOCIAL<br>MAFFER DISTRIBUIDORA |                             | FRETE POR CONTA<br>0 - REMETENTE | CÓDIGO ANTT        | PLACA DO VEÍCULO | UF           | CNPJ / CPF<br>33.484.717/0001-05 |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA PROFESSORA DINNA RIZZI, 2278                              | MUNICÍPIO<br>RIBEIRAO PRETO | UF<br>SP                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                  |              |                                  |
| QUANTIDADE<br>5   | ESPECIE                     | MARCA                            | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO       | PESO LÍQUIDO |                                  |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS | CÓDIGO DO PROD. / SERV. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                            | NCM / SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | DESCONTO | BASE CALC. ICMS | VALOR I.C.M.S. | VALOR I.P.I. | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|-----------------------------|-------------------------|---|----------|-------|------|-------|--------|----------------|-------------|----------|-----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|
| Q 35                        |                         | AROMATIZADOR 350ML - DOM LINE TALCO 350ML<br>Cod Barras:  | 38085910 | 0500  | 5405 | UN    | 12,00  | 9,21           | 110,52      | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00          |
| U 133                       |                         | DISCO 350MM VERDE LIMPADOR - BETTANIN<br>Cod Barras:      | 68053090 | 0102  | 5102 | UN    | 2,00   | 20,01          | 40,02       | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00          |
| U 137                       |                         | DISCO 410MM VERDE LIMPADOR - BETTANIN<br>Cod Barras:      | 68053090 | 0102  | 5102 | UN    | 2,00   | 26,80          | 53,60       | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00          |
| U 209                       |                         | ESPANADOR DE NYLON 40 CM<br>Cod Barras:                   | 40122000 | 0102  | 5102 | UN    | 1,00   | 10,14          | 10,14       | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00          |
| U 08                        |                         | RÓDO MADEIRA 40CM C/ CABO DE MADEIRA 1,20M<br>Cod Barras: | 96039000 | 0102  | 5102 | UN    | 2,00   | 6,02           | 12,04       | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00          |
| O 37                        |                         | SABAO EM PO 800GR - TRIEX<br>Cod Barras:                  | 34025000 | 0500  | 5405 | UN    | 10,00  | 4,36           | 43,60       | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00          |
| Q 129                       |                         | SABONETE LIQUIDO 5L - AYLAGE ERVA DOCE 5L<br>Cod Barras:  | 34025000 | 0500  | 5405 | UN    | 4,00   | 16,69          | 66,76       | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00          |
| D 9                         |                         | ESPONJA DUPLA FACE 70X100 - JEITOSA<br>Cod Barras:        | 68053090 | 0500  | 5405 | UN    | 16,00  | 0,61           | 9,76        | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00          |

|   |   |
|---|---|
| DADOS ADICIONAIS<br>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>N/ NUMERO DA O.C.:4944/ TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 - T.A N. 004/2023/ BOLETO EM ANEXO/ 25690<br>OBRIGADO PELA PREFERENCIA!<br>Base PIS/COFINS Is.: 409,34 Base PIS/COFINS Trib.: 0,00 PIS: 0,00 COFINS: 0,00<br>Trib Aprox R\$ 16,38 (4,00%) Federal e R\$ 19,86 (4,85%) Estadual Fonte: IBPT - 33EAB0 | RESERVADO AO FISCO<br><b>FAVOR CONFERIR O MATERIAL NO ATO DA ENTREGA, NÃO SERÃO ACEITAS RECLAMAÇÕES POSTERIORES.</b><br>DATA ____/____/____<br>ASSINATURA _____ |
|---|---|

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**MAFFER DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA E DESC. LTDA**AV. PROFESSORA DINA RIZZI, 2278 - PQ.  
RESIDENCIAL PORTINARI - CEP.14093-550  
- RIBEIRAO PRETO - SP  
TEL: 3236-3239**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000013292 fl. 2 / 2  
SÉRIE 000

CHAVE DE ACESSO

3523 0733 4847 1700 0105 5500 0000 0132 9219 9280 0893

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 DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135231122475531 13/07/2023 17:28:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797479580119

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

33.484.717/0001-05

## 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 | IPÍ  |
|-------------------------|---|----------|-------|------|-------|-------|----------------|-------------|----------|-----------------|----------------|--------------|----------------|------|
| 0.17                    | LIMPA ALUMINIO 500ML - TRIEX<br>Cod Barras: | 34029039 | 0500  | 5405 | UN    | 5,00  | 2,74           | 13,70       | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |
| Q.126                   | DESINFETANTE 5L - AYLAGE<br>Cod Barras:     | 38089919 | 0102  | 5102 | UN    | 5,00  | 9,84           | 49,20       | 0,00     | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00           | 0,00 |

RECEBIDO: ValinaDATA: 14 / 07 / 2023SETOR: Almoxarifado



# Safra

**422-7**

42297.01208 00020.197927 96691.751620 3 94380000040934

|  |                            |                       |                        |                      |  |  |
|--|----------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|--|--|
| <b>Local de Pagamento</b><br>Pagável em qualquer banco   |                            |                       |                        |                      | <b>Vencimento</b><br>10/08/2023                  |  |
| <b>Beneficiário</b><br>MAFFER DIST PROD LIMP E DESC L CNPJ/CPF: 33.484.717/0001-05                           |                            |                       |                        |                      | <b>Agência/Cód. Beneficiário</b><br>0012/2019792 |  |
| <b>Data do Doc.</b><br>14/07/2023  | <b>Nº do Doc.</b><br>13292 |                       | <b>Esp. Doc.</b><br>DM | <b>Aceite</b><br>Não | <b>Data do Movto</b><br>14/07/2023               | <b>Nosso Número</b><br>966917516       |
| <b>Data do Oper.</b><br>14/07/2023   | <b>Carteira</b><br>72      | <b>Espécie</b><br>R\$ | <b>Quantidade</b>      |                      | <b>Valor</b>                                     | <b>(=)Valor do Documento</b><br>409,34 |
| <b>Instruções</b><br>JUROS DE R\$0,40 AO DIA A PARTIR DE 11/08/2023<br>MULTA DE 3,00% A PARTIR DE 11/08/2023 |                            |                       |                        |                      |  | <b>(-)Desconto/Abatimento</b>          |
|  |                            |                       |                        |                      |  | <b>(-)Outras Deduções</b>              |
|  |                            |                       |                        |                      |  | <b>(+)Mora/Multa</b>                   |
|  |                            |                       |                        |                      |  | <b>(+)Outros Acréscimos</b>            |
|  |                            |                       |                        |                      |  | <b>(=)Valor Cobrado</b><br>409,34      |

**Pagador** SANTA CASA DE PONTAL CNPJ/CPF 55.110.753/0001-41R ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753, CENTRO  
14180000 PONTAL SP**Beneficiário Final**

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

SIH-R&lt;HCMF0004&gt;

Emissão 10/07/2023 14:35

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

4944

## Pedido de Compra

| Tipo Pedido: PRODUTO                               |   | Fornecedor: 308 - MAFFER DIST DE PROD DE LIMPEZA E |        | Data Ped: 10/07/2023           |          |
|--|---|--|--------|--------------------------------|----------|
| 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                               |   |  |        |                                |          |
| 4136- 1 BOM AR -FRASCO-                            |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 12,0000                                 | 9,2100   | 0,0000 | 0,0000                         | 110,5200 |
| Complemento do item TALCO DOM LINE                 |   |  |        |                                |          |
| 4142- 1 DISCO VERDE 350MM-UNIDADE-                 |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 2,0000                                  | 20,0100  | 0,0000 | 0,0000                         | 40,0200  |
| Complemento do item BETTANIN                       |   |  |        |                                |          |
| 4145- 1 DISCO VERDE 410MM-UNIDADE-                 |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 2,0000                                  | 26,8000  | 0,0000 | 0,0000                         | 53,6000  |
| Complemento do item BETTANIN                       |   |  |        |                                |          |
| 4146- 1 ESPONJA LAVAR LOUCA -UN-                   |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 16,0000                                 | 0,6100   | 0,0000 | 0,0000                         | 9,7600   |
| Complemento do item                                |   |  |        |                                |          |
| 4149- 1 LIMPA ALUMINIO 500ML-FR-                   |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 5,0000                                  | 2,7400   | 0,0000 | 0,0000                         | 13,7000  |
| Complemento do item TRIEX                          |   |  |        |                                |          |
| 4161- 1 RODO MADEIRA 45CM-UNIDADE-                 |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 2,0000                                  | 6,0200   | 0,0000 | 0,0000                         | 12,0400  |
| Complemento do item                                |   |  |        |                                |          |
| 4163- 3 SABAO EM PÓ KG-PACOTE 800GR-               |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 10,0000                                 | 4,3600   | 0,0000 | 0,0000                         | 43,6000  |
| Complemento do item TRIEX 800G                     |   |  |        |                                |          |
| 4165- 1 SABONETE LIQUIDO 5 LT (ERVA DOCE)-GALAO-   |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 4,0000                                  | 16,6900  | 0,0000 | 0,0000                         | 66,7600  |
| Complemento do item AYLAGE                         |   |  |        |                                |          |
| 64592- 1 DESINFETANTE FLORAL 5 LITROS-GALAO-MAIS   |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 5,0000                                  | 9,8400   | 0,0000 | 0,0000                         | 49,2000  |
| Complemento do item FLORAL                         |   |  |        |                                |          |
| 67325- 1 ESPANADOR DE PO-UND-MARCA DISPONIVEL      |   |  |        | Não Entregou                   |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 1,0000                                  | 10,1400  | 0,0000 | 0,0000                         | 10,1400  |
| Complemento do item                                |   |  |        |                                |          |



SIH-R<HCMP0004>

Emissão 10/07/2023 14:35

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

4944

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 308 - MAFFER DIST DE PROD DE LIMPEZA E      Data Ped: 10/07/2023  
 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

Totais:

|   |                            |          |
|---|----------------------------|----------|
|   | Total Bruto dos itens:     | 409,3400 |
|   | Total Descontos dos itens: | 0,0000   |
|   | Total IPI dos itens:       | 0,0000   |
| Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = | Total do Pedido            | 409,3400 |
| 409,3400      0,0000      0,0000      0,0000                        |                            |          |

  
 \_\_\_\_\_  
 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 03100.050008 00008.068173 3 94380000167800 |
| <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>               | 10/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 1.678,00   |
| <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>            | 1.678,00   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.678,00   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:07:28 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019471144       |
| <b>Chave de segurança:</b> | 04EZYF8GS9Y6EQ8 |

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  
EMIÇÃO: 04/07/2023 DEST/REM: IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL VALOR TOTAL: 1.678,00

NF-e

Nº 000011.621  
SÉRIE 001

R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME

DANFE

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

Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletronica  
0-Entrada 1-Saida 1  
Nº 11621 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

35-23.07-18.209.156/0001-42-55-001-000.011.621-100.012.620-4

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135231055687725 04/07/2023 16:46:14h

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
582974310112

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO

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  
04/07/2023

ENDEREÇO  
RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753

BAIRRO / DISTRITO  
CENTRO

CEP  
14.180.000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA  
04/07/2023

MUNICÍPIO  
PONTAL

UF  
SP

FONE / FAX  
(16) 3953.1719

INSC. ESTADUAL  
ISENTO

HORA DA SAÍDA  
16:46h

FATURA/DUPLICATAS

| NÚMERO    | VENCIMENTO | VALOR    | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|-----------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 000011621 | 10/08/2023 | 1.678,00 |        |            |       |        |            |       |

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         | 1.678,00             |
| 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         | 1.678,00             |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| NOME / RAZÃO SOCIAL                   | FRETE POR CONTA       | CÓDIGO ANT | PLACA DO VEÍCULO   | UF         | CNPJ / CPF     |
|---------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------|------------|----------------|
| AVILA TRANSPORTES INTERMUNICIPAL LTDA | 0-Remetente(CIF)      |            |                    |            | 37244903000128 |
| ENDEREÇO                              | MUNICÍPIO             | UF         | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |                |
| RUA FLORINDA CAPALBO DE PACE, 81 SL3  | SAO JOSE DO RIO PRETO | SP         |                    |            |                |
| QUANTIDADE                            | ESPÉCIE               | MARCA      | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO   |
| 2                                     | VOLUMES               |            |                    | 40,000     | 40,000         |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

| CODIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM / SH | CSOSN | CFOP  | UN. | QUANT. | VALOR UNITARIO | VALOR DESC. | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|----------------|--------------------------------|----------|-------|-------|-----|--------|----------------|-------------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| 0036           | METALIC 2S 5LTS                | 32091020 | 0.500 | 5.405 | GL  | 3,0000 | 209,00000      | 0,00        | 627,00      | 0,00      | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00      |
| 0034           | METALIC 1 5LTS                 | 34029029 | 0.500 | 5.405 | GL  | 3,0000 | 167,00000      | 0,00        | 501,00      | 0,00      | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00      |
| 0052           | SPAR HT4 FLORAL 5LTS           | 34029029 | 0.500 | 5.405 | GL  | 2,0000 | 275,00000      | 0,00        | 550,00      | 0,00      | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00      |

RECEBIDO: Valeria

DATA: 05 / 07 / 2023

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 NR. 002/2022 - T.A. NR.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 // Valor aprox. dos Tributos R\$ 318,30 (18,97%)  
Fonte: IBPT // ICMS PAGO ANTERIORMENTE POR SUBSTITUIÇÃO. - 0036 - 0034 - 0052

RESERVADO AO FISCO

SETOR: almoceado

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

Pedido 9.565 Vendedor 4 Pedido compra

DATA E HORA DA IMPRESSÃO 04/07/2023 AS 16:46:14h

Versão 03.02.00 NF-e 4.0

Desenvolvido por WWW.FLATAN.COM.BR

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

## Ficha Caixa

|   |                                      |  |                    |  |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--------------------|--|--|--|
| Local de Pagamento<br><b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>  |                                      |  |                    |  |  | Vencimento<br><b>10/08/2023</b>  |
| Beneficiário<br><b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42<br/>RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>  |                                      |  |                    |  |  | Agência / Código do Beneficiário<br><b>2665-4 / 045000-6</b>                     |
| Data do Documento<br><b>04/07/2023</b>  | Número do Documento<br><b>11.621</b> | Espécie do Documento<br><b>DM</b>      | Acerte<br><b>N</b> | Data do Processamento<br><b>04/07/2023</b> |  | Nosso Número<br><b>31000500000008068</b>   |
| Uso do Banco  | Carteira<br><b>17</b>                | Especie<br><b>R\$</b>                  | Quantidade         | Valor                                      |  | Valor do Documento<br><b>1.678,00</b>  |
| Instruções<br>*(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)*<br><b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 5,87 AO DIA.</b><br><b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b><br><b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b> |                                      |  |                    |  |  | (-) Desconto/Abatimento<br><br><br>(+) Mora / Multa<br><br><br>(=) Valor Cobrado |
| Pagador<br><b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187<br/>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753<br/>PONTAL/SP</b>   |                                      | CNPJ/CPF<br><b>055.110.753/0001-41</b> |                    | Bairro<br><b>CENTRO</b>                    |  | CEP<br><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<br><b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>  |                                      |  |                    |  |  | Vencimento<br><b>10/08/2023</b>                              |
| Beneficiário<br><b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42<br/>RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>  |                                      |  |                    |  |  | Agência / Código do Beneficiário<br><b>2665-4 / 045000-6</b> |
| Data do Documento<br><b>04/07/2023</b>  | Número do Documento<br><b>11.621</b> | Espécie do Documento<br><b>DM</b>      | Acerte<br><b>N</b> | Data do Processamento<br><b>04/07/2023</b> |  | Nosso Número<br><b>31000500000008068</b>                     |
| Uso do Banco  | Carteira<br><b>17</b>                | Especie<br><b>R\$</b>                  | Quantidade         | Valor                                      |  | Valor do Documento<br><b>1.678,00</b>                        |
| Instruções<br>*(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)*<br><b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 5,87 AO DIA.</b><br><b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b><br><b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b> |                                      |  |                    |  |  | (-) Desconto/Abatimento                                      |
| Pagador<br><b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187<br/>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753<br/>PONTAL/SP</b>   |                                      | CNPJ/CPF<br><b>055.110.753/0001-41</b> |                    | Bairro<br><b>CENTRO</b>                    |  | CEP<br><b>14.180.000</b>                                     |

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

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

## BANCO BRASIL S.A. | 001-9 | 00190.00009 03100.050008 00008.068173 3 94380000167800

|   |                                      |  |                    |  |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--------------------|--|--|--|
| Local de Pagamento<br><b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>  |                                      |  |                    |  |  | Vencimento<br><b>10/08/2023</b>  |
| Beneficiário<br><b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42<br/>RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>  |                                      |  |                    |  |  | Agência / Código do Beneficiário<br><b>2665-4 / 045000-6</b>                     |
| Data do Documento<br><b>04/07/2023</b>  | Número do Documento<br><b>11.621</b> | Espécie do Documento<br><b>DM</b>      | Acerte<br><b>N</b> | Data do Processamento<br><b>04/07/2023</b> |  | Nosso Número<br><b>31000500000008068</b>   |
| Uso do Banco  | Carteira<br><b>17</b>                | Especie<br><b>R\$</b>                  | Quantidade         | Valor                                      |  | Valor do Documento<br><b>1.678,00</b>  |
| Instruções<br>*(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)*<br><b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 5,87 AO DIA.</b><br><b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b><br><b>APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO</b> |                                      |  |                    |  |  | (-) Desconto/Abatimento<br><br><br>(+) Mora / Multa<br><br><br>(=) Valor Cobrado |
| Pagador<br><b>IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187<br/>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753<br/>PONTAL/SP</b>   |                                      | CNPJ/CPF<br><b>055.110.753/0001-41</b> |                    | Bairro<br><b>CENTRO</b>                    |  | CEP<br><b>14.180.000</b>   |
| Sacador / Avalista  |                                      |  |                    |  |  |  |

Autenticação Mecânica / FICHA COMPENSAÇÃO



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 04/07/2023 15:28

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

4930

**Pedido de Compra**

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 108 - R MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME | Data Ped: 04/07/2023           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   | Cond.Pagto: 45 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                               |   |                                |
| 4688- 1 METALIC 2S 5 LTS (SELADOR)-GALAO-          | Não Entregou                                      |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 3,0000 209,0000 0,0000 0,0000                     | 627,0000                       |
| Complemento do item                                |   |                                |
| 4702- 1 SPAR HT4 FLORAL(DETERGENTE CONC 5 LTS)-    | Não Entregou                                      |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 2,0000 275,0000 0,0000 0,0000                     | 550,0000                       |
| Complemento do item                                |   |                                |
| 4705- 1 METALIC 1 5 LITROS(REMOVEDOR)-GALAO-       | Não Entregou                                      |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 3,0000 167,0000 0,0000 0,0000                     | 501,0000                       |
| Complemento do item                                |   |                                |

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.678,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 1.678,0000        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 1.678,0000      |


  
 \_\_\_\_\_  
 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>                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                               |
| <b>Conta destino:</b>             | 3214 / 00000010517-1                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | MARIA AP ZANINI RAVAGNANI PONTAL                  |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 04.267.148/0001-48                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 739,00  |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> | 267   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:08:02 |

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00119116        |
| <b>Chave de segurança:</b> | M9Z8V6VGGURKTX2 |

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 MARIA APARECIDA ZANINI RAVAGNANI PONTAL OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO<br>EMISSÃO: 19/07/2023 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL VALOR TOTAL: R\$739.00 |   | NF-e<br>Nº 000000267<br>SÉRIE: 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO  | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                                  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <p><b>MARIA APARECIDA ZANINI RAVAGNANI PONTAL</b></p> <p>RUA LOURENÇO DE BARROS MOURA, 105, CENTRO, Pontal, SP - CEP: 14180000 - Fone: (16) 3953-2823</p> | <p><b>DANFE</b><br/>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - ENTRADA<br/>1 - SAÍDA <b>1</b></p> <p>Nº 000000267<br/>SÉRIE: 1<br/>PÁGINA 1 DE 1</p> | <p>CONTROLE DO FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO<br/>3523 0704 2671 4800 0148 5500 1000 0002 6710 1250 7475</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p> |
|  | <p>NATUREZA DA OPERAÇÃO<br/>Venda de mercadoria de terceiros</p>  |  |
| <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL<br/>550.070.735.119</p>  | <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBS. TRIB</p>   | <p>CNPJ/CPF<br/>04.267.148/0001-48</p>   |

|  |  |                                       |   |
|--|--|---------------------------------------|---|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE   |  |                                       |   |
| <p>NOME/RAZÃO SOCIAL<br/>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</p> | <p>CNPJ/CPF<br/>55.110.753/0001-41</p> | <p>DATA DA EMISSÃO<br/>19/07/2023</p> |   |
| <p>ENDEREÇO<br/>R ANANIAS COSTA FREITAS, 753, *****</p>                        | <p>BAIRRO/DISTRITO<br/>CENTRO</p>      | <p>CEP<br/>14180000</p>               | <p>DATA DE ENTRADA/SAÍDA<br/>19/07/2023</p> |
| <p>MUNICÍPIO<br/>Pontal</p>  | <p>UF<br/>SP</p>                       | <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL</p>             | <p>HORA DE ENTRADA/SAÍDA<br/>08:15:08</p>   |

|                              |                         |                                    |                                    |                      |                                    |
|------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO           |                         |                                    |                                    |                      |                                    |
| BASE CÁLCULO DO ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>0,00   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR FCP ST<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>790,00 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00       | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>51,00                  | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>739,00      |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS |  |
| <p>RAZÃO SOCIAL</p>                 | <p>FRETE POR CONTA<br/>9 - Sem Frete</p> |
| <p>ENDEREÇO</p>                     | <p>MUNICÍPIO</p>                         |
| <p>QUANTIDADE</p>                   | <p>ESPÉCIE</p>                           |
| <p>MARCA</p>                        | <p>NUMERAÇÃO</p>                         |
| <p>PESO BRUTO</p>                   | <p>PESO LÍQUIDO</p>                      |

| DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS |                                 |          |     |      |       |      |            |                 |       |                |         |           |            |
|-----------------------------|---------------------------------|----------|-----|------|-------|------|------------|-----------------|-------|----------------|---------|-----------|------------|
| CÓDIGO                      | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOT. BRUT. | DESC. | VLR. TOT. LIQ. | BC ICMS | VLR. ICMS | ALIQ. ICMS |
| 9                           | REQUISIÇÃO DE FARMACIA          | 48201000 | 060 | 5405 | BL    | 50   | 4,20       | 210,00          | 0,00  | 210,00         | 0,00    | 0,00      | 0,00       |
| 30                          | SOLICITAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO      | 63042000 | 060 | 5405 | BL    | 10   | 14,50      | 145,00          | 51,00 | 94,00          | 0,00    | 0,00      | 0,00       |
| 21                          | NOTA DÉBITO DE CIRURGIA         | 53061000 | 060 | 5405 | BL    | 10   | 14,50      | 145,00          | 0,00  | 145,00         | 0,00    | 0,00      | 0,00       |
| 23                          | ATESTADO MÉDICO AMBULATÓRIO     | 63042000 | 060 | 5405 | BL    | 50   | 5,80       | 290,00          | 0,00  | 290,00         | 0,00    | 0,00      | 0,00       |

RECEBIDO: Jáinia

DATA: 19 / 07 / 2023

SETOR: Almoxarifado

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 0042023 VENGE 10/08/2023 Valor Aproximado dos Tributos R\$ 97,09 (13,14%).</p> | <p>RESERVADO AO FISCO</p> |
|---|---------------------------|

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 11/07/2023 14:18

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

4955

**Pedido de Compra**

| Tipo Pedido: PRODUTO                               |  | Fornecedor: 92 - MARIA APARECIDA ZANINI RAVAGNANI |              | Data Ped: 11/07/2023           |        |           |
|--|--|---|--------------|--------------------------------|--------|-----------|
| 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                               |  |   |              |                                |        |           |
| 4074-  | 1 BLOCO DE REQUISICÃO DE FARMACIA-BLOCO-     |   | Não Entregou |                                |        |           |
| (3)  | ALMOXARIFADO                                 | 50,0000   | 4,2000       | 0,0000                         | 0,0000 | 210,0000  |
| Complemento do item                                |  |   |              |                                |        |           |
| 4079-  | 1 BLOCO DE SOLICITAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO-BLOCO- |   | Não Entregou |                                |        |           |
| (3)  | ALMOXARIFADO                                 | 10,0000   | 9,4000       | 0,0000                         | 0,0000 | 94,0000   |
| Complemento do item                                |  |   |              |                                |        |           |
| 54227-   | 1 BLOCO DE NOTA DEBITO DE CIRURGIA-BLOCO-    |   | Não Entregou |                                |        |           |
| (3)  | ALMOXARIFADO                                 | 10,0000   | 14,5000      | 0,0000                         | 0,0000 | 145,0000  |
| Complemento do item                                |  |   |              |                                |        |           |
| 54276-   | 1 BLOCO DE ATESTADO MEDICO AMBULATORIO-      |   | Não Entregou |                                |        |           |
| (3)  | ALMOXARIFADO                                 | 50,0000   | 5,8000       | 0,0000                         | 0,0000 | 290,0000  |
| Complemento do item                                |  |   |              |                                |        |           |

Totais:

Total Bruto dos itens: 739,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 739,0000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 739,0000        |


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



756  
3214  
10517-1



## 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>             | 3235 / 00000000043-4                 |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                             |
| <b>Nome:</b>                      | JSSP PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA        |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 39.846.957/0001-99                   |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 624,00                           |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                             |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores       |
| <b>Identificação da operação:</b> | 013925                               |
| <b>Histórico:</b>                 |                                      |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:08:18 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00118990         |
| <b>Chave de segurança:</b> | FY8A5CH5ZKTPSZHH |

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 (JSSP - PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |   | NF-e<br>Nr. <b>013.925</b><br>Série: <b>001</b> |
| DATA DE RECEBIMENTO   | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |   |

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <b>JSSP - PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA</b><br>RUA ORLANDIA, 876<br>JARDIM PAULISTA 14090-240<br>RIBEIRAO PRETO (SP) Telefone: 1639961905 | <b>DANFE</b><br>Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica<br>0 - Entrada<br>1 - Saída | CÓDIGO DE BARRAS - CHAVE DE ACESSO<br> |
|   | Nr.: <b>013.925</b><br>Série: <b>001</b> Folha 01/01                                     | CHAVE DE ACESSO<br><b>35230739846957000199550010000139251010139256</b>   |

|   |   |
|---|---|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>VENDA A CONSUMIDOR</b>                 | Consulta de autenticidade no portal nacional da NFe (www.nfe.fazenda.gov.br) ou site da Sefaz (Secretaria da Fazenda) autorizadora. |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>797670410110                                | INSC.SUBST.TRIBUTARIO<br>CNPJ<br>39.846.957/0001-99   |
| PROTOCOLO DA NF-E<br><b>135231152273544 - 18/07/2023 16:55:51</b> |   |

|  |            |                                  |                            |
|--|------------|----------------------------------|----------------------------|
| <b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>                                      |            |                                  |                            |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE M.DE PONTAL</b> |            | CNPJ / CPF<br>55.110.753/0001-41 | DATA EMISSÃO<br>18/07/2023 |
| ENDEREÇO<br>RUA ANANIAS DA C.FREITAS, 753                            |            | BAIRRO / DISTRITO<br>CENTRO      | CEP<br>14180-000           |
| MUNICÍPIO<br>PONTAL  | FONE / FAX | UF<br>SP                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL         |
| HORA SAÍDA<br>16:54:54   |            |                                  |                            |

| Nr | DOCUMENTO | VENCER DIA | VALOR  | Nr | DOCUMENTO | VENCER DIA | VALOR | Nr | DOCUMENTO | VENCER DIA | VALOR | Nr | DOCUMENTO | VENCER DIA | VALOR |
|----|-----------|------------|--------|----|-----------|------------|-------|----|-----------|------------|-------|----|-----------|------------|-------|
| 01 | 001       | 21/08/2023 | 624,00 |    |           |            |       |    |           |            |       |    |           |            |       |

|                                 |                         |  |                                    |   |                                |
|---------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|---|--------------------------------|
| <b>CÁLCULO DOS IMPOSTOS</b>     |                         |  |                                    |   |                                |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>0,00   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS/SERVIÇOS<br>624,00 |                                |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS<br>0,00    | VALOR DO IPI<br>0,00                        | TOTAL DA NOTA<br><b>624,00</b> |

|  |         |                               |                  |                       |                         |                    |
|--|---------|-------------------------------|------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |         |                               |                  |                       |                         |                    |
| NOME/RAZÃO SOCIAL                            |         | FRETE POR CONTA<br>0-Emitente | CÓDIGO ANTT<br>0 | PLACA VEICULO         | UF                      | CNPJ/CPF           |
| ENDEREÇO                                     |         | MUNICÍPIO                     |                  | UF                    |                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE<br>1                              | ESPÉCIE | MARCA                         | NUMERAÇÃO        | PESO BRUTO<br>0,00000 | PESO LÍQUIDO<br>0,00000 |                    |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTOS / SERVIÇOS   | NCM-SH   | CST  | CFOP | UN | QUANT. | UNITÁRIO | V. TOTAL | BASE ICMS | V. ICMS | V. IPI | ICM | IPI |
|--------|---------------------------------|----------|------|------|----|--------|----------|----------|-----------|---------|--------|-----|-----|
| 89     | LIXEIRA 30 LTS PEDAL BRANCA JSN | 39249000 | 0400 | 5102 | UN | 8,0000 | 78,0000  | 624,0000 |           |         | 0,00   |     | 0,0 |

|                         |                                  |                                  |                        |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b> |                                  |                                  |                        |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL     | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS<br>0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN<br>0,00 | VALOR DO ISSQN<br>0,00 |

|  |  |
|--|--|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b>  |  |
| PEDIDO DE COMPRA: 4988<br>TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023<br>Valor aproximado dos tributos federais R\$ 82,93 (13,29%) Fonte: IBPT<br>Valor aproximado dos tributos estaduais R\$ 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT<br>Valor aproximado dos tributos municipais R\$ 0,00 (0,00%) Fonte: IBPT | RESERVADO AO FISCO<br><b>SETOR: Almoxarifado</b> |

SIH-R<HCMP0004>

Emissão 18/07/2023 16:45

No. Página

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

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

No. Pedido

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

4988

### Pedido de Compra

|  |  |  |  |                                |           |
|--|--|--|--|--------------------------------|-----------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               |  | Fornecedor: 240 - J.S.S.P-PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA |  | Data Ped: 18/07/2023           |           |
| 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                               |  |  |  |                                |           |
| 75875- 1 LIXEIRA C/TAMPA PEDAL BRANCA 30 LITROS-   |  | Não Entregou                                       |  |                                |           |
| (3) ALMOXARIFADO                                   |  | 8,0000 78,0000 0,0000 0,0000                       |  | 624,0000                       |           |
| Complemento do item JSN                            |  |  |  |                                |           |

Totais:

Total Bruto dos itens: 624,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 624,0000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 624,0000        |

COMPRAS

ADMINISTRAÇÃO

1001  
3235  
0043.4



## 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 / 00000037942-5                              |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA  |
| <b>Nome:</b>                      | SERTPEL COM DE MAT DE HIG E LIMPEZA               |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 07.778.698/0001-10                                |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.310,92                                      |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> | 59577   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:09:19 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00118592         |
| <b>Chave de segurança:</b> | Q5MJL0TMHNS2NUVT |

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 SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA LTDA OS PRODUTOS CONS TANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |   | NF-e<br>N. 000059577<br>SÉRIE 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO  | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                                 |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Identificação do emitente<br><b>SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA LTDA</b><br>Rua HUMBERTO ORTOLAN, 1290<br>CENTRO Ccp:14160-660<br>Sertãozinho/SP<br>Fone: 1639422771 | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0-ENTRADA <input type="checkbox"/> 1<br>1-SAÍDA<br>N. 000059577<br>SÉRIE 1<br>FOLHA 01/01 |   |  |
|   |  | <b>CHAVE DE ACESSO DA NF-E</b><br>3523 0707 7786 9800 0110 5500 1000 0595 7710 0320 2674  |  |
|   |  | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da SEFAZ Autorizada |  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA      | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135231100887404 11/07/2023 09:13:33 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>664142752117 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.<br>CNPJ/CPF<br>07.778.698/0001-10       |

|  |          |                           |                    |                  |  |
|--|----------|---------------------------|--------------------|------------------|--|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE   |          | CNPJ/CPF                  |                    | DATA DE EMISSÃO  |  |
| NOME RAZÃO SOCIAL<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |          | 55.110.753/0001-41        |                    | 11/07/2023       |  |
| ENDEREÇO<br>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753                          |          | BAIRRO/DISTRITO<br>CENTRO |                    | CEP<br>14180-000 |  |
| MUNICÍPIO<br>Pontal  | FONE/FAX | UF<br>SP                  | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                  |  |
| FATURA   |          |                           |                    |                  |  |
| 001  |          |                           |                    |                  |  |
| 10/08/2023   |          |                           |                    |                  |  |
| 1.310,92   |          |                           |                    |                  |  |

| CÁLCULO DO IMPOSTO      |                 |                                      |                            |                          |                     |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |                     |
| 857,32                  | 154,31          | 0,00                                 | 0,00                       | 1.310,92                 |                     |
| 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                     | 1.310,92            |

|                                     |         |              |                                |                    |                  |    |          |
|-------------------------------------|---------|--------------|--------------------------------|--------------------|------------------|----|----------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS |         | RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>9-SEM FRETE | CÓDIGO ANTT        | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
| ENDEREÇO                            |         | MUNICÍPIO    | UF                             | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                  |    |          |
| QUANTIDADE                          | ESPECIE | MARCA        | NUMERAÇÃO                      | PESO BRUTO         | PESO LÍQUIDO     |    |          |
|                                     |         |              |                                | 0,000              | 0,000            |    |          |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO |  |          |     |      |     |         |            |         |         |        |       |        |       |
|----------------------------|--|----------|-----|------|-----|---------|------------|---------|---------|--------|-------|--------|-------|
| COD. PROD                  | DESCRIÇÃO DO PROD. SER.                                      | NCM/SH   | CST | CFOP | UN  | QUANT.  | V.UNITARIO | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
| 1433                       | ALCOOL EM GEL 70% NEW - 5 LITROS                             | 38089429 | 000 | 5102 | GL  | 2,0000  | 35,9000    | 71,80   | 71,80   | 12,92  | 0,00  | 18,00% | 0,00% |
| 988                        | PAPEL HIG. FOLHA DUPLA 30 MTS COM 4 PCTS DE 16 ROLOS QUALITE | 48181000 | 000 | 5102 | PCT | 36,0000 | 20,3200    | 731,52  | 731,52  | 131,67 | 0,00  | 18,00% | 0,00% |
| 146                        | DESINFETANTE - 5 LITROS FLORAL POLY                          | 38089419 | 000 | 5102 | GL  | 5,0000  | 10,8000    | 54,00   | 54,00   | 9,72   | 0,00  | 18,00% | 0,00% |
| 1216                       | PAPEL TOALHA INTERF. 10 0% CEL. C/ 1.000 FLS - SERTPEL       | 48182000 | 060 | 5405 | UN  | 40,0000 | 11,3400    | 453,60  | 0,00    | 0,00   | 0,00  | 0,00%  | 0,00% |

RECEBIDO: Valéria

DATA: 11 / 07 / 2023

|                     |                          |                          |                            |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN             |
|                     |                          |                          | SETOR: <u>Almoxarifado</u> |

|  |  |
|--|--|
| DADOS ADICIONAIS<br>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Protocolo: 135231100887404<br>PAGTO: 30D - 10/08/2023 - DEPOSITO<br>BANCO SICOOB - CODIGO BANCO: 756 - AGENCIA: 3214 - CONTA CORRENTE: 37.942-5<br>PEDIDO COMPRA: 4946 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 - T. A N 004/2023<br>- Valor aproximado<br>do(s) Tributo(s): R\$ 131,07(10,00%) Federal, R\$ 213,32(16,27%) Estadual, R\$ 0,00(0,00%) Municipal. Fonte: IBPT | RESERVADO AO FISCO<br><b>NFE + XML ENVIADO</b> |
|--|--|

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 10/07/2023 13:27

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

4946

## Pedido de Compra

|  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 275 - SERTPEL COM.DE MATER. DE HIG.E | Data Ped: 10/07/2023           |
| 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                               |  |                                |
| 4154- 3 PAPEL HIGIENICO FOLHA DUPLA BRANCO-ROLO-   | Não Entregou                                     |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 576,0000 1,2700 0,0000 0,0000                    | 731,5200                       |
| Complemento do item QUALITE                        |  |                                |
| 4156- 1 PAPEL TOALHA P/MÃOS 100%CELULOSE PCT       | Não Entregou                                     |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 40,0000 11,3400 0,0000 0,0000                    | 453,6000                       |
| Complemento do item                                |  |                                |
| 48525- 4 ALCOOL GEL 70%-GALAO 5LITRO-NIPPON        | Não Entregou                                     |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 2,0000 35,9000 0,0000 0,0000                     | 71,8000                        |
| Complemento do item                                |  |                                |
| 64592- 1 DESINFETANTE FLORAL 5 LITROS-GALAO-MAIS   | Não Entregou                                     |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 5,0000 10,8000 0,0000 0,0000                     | 54,0000                        |
| Complemento do item POLY                           |  |                                |

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.310,9200

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 1.310,9200        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 1.310,9200      |

  
\_\_\_\_\_  
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>                     | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                  |
| <b>Conta destino:</b>             | 2665 / 00000045000-6                 |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                             |
| <b>Nome:</b>                      | R MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 18.209.156/0001-42                   |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 600,00                           |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                             |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores       |
| <b>Identificação da operação:</b> | 11602                                |
| <b>Histórico:</b>                 |                                      |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:01:24 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00121588         |
| <b>Chave de segurança:</b> | Q25LMYFAN89AT8T3 |

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 R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA MECNPJ: 18.209.156/0001.42 OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO  
 EMISSÃO: 03/07/2023 DEST/REM: IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL VALOR TOTAL: 600,00  
 DATA RECEBIMENTO: 04/07/23 IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: Renata Cristina Pereira Gerente Operacional 989  
 NF-e Nº 000011.602 SÉRIE 001

R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA ME  
 R JAIME JOSE DO NASCTO FEITOSA, 0178  
 RES. E COM. PALMARES 14.092.540  
 RIBEIRAO PRETO SP Nº 11602 Série 001  
 (16) 3285.0150 contato@higirib.com.br  
**DANFE**  
 Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletronica  
 0-Entrada 1-Saida 1  
 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  
 35-23.07-18.209.156/0001-42-55-001-000.011.602-100.012.581-4

NATUREZA DE OPERAÇÃO: Vendas  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 582974310112  
 INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
 CNPJ: 18.209.156/0001.42  
 PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135231044265578 03/07/2023 10:40:56h

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
 NOME / RAZÃO SOCIAL: IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL  
 ENDEREÇO: RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753  
 MUNICÍPIO: PONTAL  
 Código Cliente: 000187  
 CNPJ / CPF: 55.110.753/0001.41  
 BAIRRO / DISTRITO: CENTRO  
 CEP: 14.180.000  
 UF: SP FONE / FAX: (16) 3953.1719  
 INSC. ESTADUAL: ISENTA  
 DATA DA EMISSÃO: 03/07/2023  
 DATA DA SAÍDA / ENTRADA: 03/07/2023  
 HORA DA SAÍDA: 10:40h

| NÚMERO    | VENCIMENTO | VALOR  | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|-----------|------------|--------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 000011602 | 15/08/2023 | 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)  
 ENDEREÇO: MUNICÍPIO: UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL:  
 QUANTIDADE: 1 ESPÉCIE VOLUMES: MARCA: NUMERAÇÃO: PESO BRUTO: PESO LIQUIDO:

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

| CÓDIGO 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 |
|----------------|--------------------------------|----------|-------|-------|-----|--------|----------------|-------------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| 0011           | TEXSPAR DTA 20LTS              | 28151200 | 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: CONVÊNIO 002/2022 TA NUMERO 004/2023 // Cond. Pgto.: BCO.: 007 - BANCO DO BRASIL S/A // 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 // Valor aprox. dos Tributos R\$ 101,04 (16,84%) Fonte: IBPT // ICMS PAGO ANTERIORMENTE POR SUBSTITUIÇÃO. - 0011  
 RESERVADO AO FISCO  
**FRAUDE DE BOLETOS FALSOS**  
**\*\*\* ATENÇÃO \*\*\***  
 NOSSA EMPRESA NÃO ENVIA BOLETOS POR E-MAIL

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

|  |                                      |  |                       |  |                         |  |  |
|--|--------------------------------------|--|-----------------------|--|-------------------------|--|--|
| Local de Pagamento<br><b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>   |                                      |  |                       |  |                         | Vencimento<br><b>15/08/2023</b>                              |  |
| Beneficiário<br><b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42<br/>RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>   |                                      |  |                       |  |                         | Agência / Código do Beneficiário<br><b>2665-4 / 045000-6</b> |  |
| Data do Documento<br><b>03/07/2023</b>   | Número do Documento<br><b>11.602</b> | Espécie do Documento<br><b>DM</b>  | Aceite<br><b>N</b>    | Data do Processamento<br><b>03/07/2023</b> |                         | Nosso Número<br><b>31000500000008052</b>                     |  |
| Uso do Banco   |                                      | Carteira<br><b>17</b>  | Especie<br><b>R\$</b> | Quantidade                                 | Valor                   | Valor do Documento<br><b>600,00</b>                          |  |
| Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)*<br><b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 2,10 AO DIA.</b><br><br><b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b><br><br><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<br/>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753<br/>PONTAL/SP</b> |                       | CNPJ/CPF<br><b>055.110.753/0001-41</b>     | Bairro<br><b>CENTRO</b> | CEP<br><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<br><b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>   |                                      |  |                       |  |                         | Vencimento<br><b>15/08/2023</b>                              |  |
| Beneficiário<br><b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42<br/>RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>   |                                      |  |                       |  |                         | Agência / Código do Beneficiário<br><b>2665-4 / 045000-6</b> |  |
| Data do Documento<br><b>03/07/2023</b>   | Número do Documento<br><b>11.602</b> | Espécie do Documento<br><b>DM</b>  | Aceite<br><b>N</b>    | Data do Processamento<br><b>03/07/2023</b> |                         | Nosso Número<br><b>31000500000008052</b>                     |  |
| Uso do Banco   |                                      | Carteira<br><b>17</b>  | Especie<br><b>R\$</b> | Quantidade                                 | Valor                   | Valor do Documento<br><b>600,00</b>                          |  |
| Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)*<br><b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 2,10 AO DIA.</b><br><br><b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b><br><br><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<br/>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753<br/>PONTAL/SP</b> |                       | CNPJ/CPF<br><b>055.110.753/0001-41</b>     | Bairro<br><b>CENTRO</b> | CEP<br><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<br><b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>   |                                      |  |                       |  |                         | Vencimento<br><b>15/08/2023</b>                              |  |
| Beneficiário<br><b>R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42<br/>RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP</b>   |                                      |  |                       |  |                         | Agência / Código do Beneficiário<br><b>2665-4 / 045000-6</b> |  |
| Data do Documento<br><b>03/07/2023</b>   | Número do Documento<br><b>11.602</b> | Espécie do Documento<br><b>DM</b>  | Aceite<br><b>N</b>    | Data do Processamento<br><b>03/07/2023</b> |                         | Nosso Número<br><b>31000500000008052</b>                     |  |
| Uso do Banco   |                                      | Carteira<br><b>17</b>  | Especie<br><b>R\$</b> | Quantidade                                 | Valor                   | Valor do Documento<br><b>600,00</b>                          |  |
| Instruções *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)*<br><b>APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 2,10 AO DIA.</b><br><br><b>APOS VCTO MULTA DE 4,5%</b><br><br><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<br/>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753<br/>PONTAL/SP</b> |                       | CNPJ/CPF<br><b>055.110.753/0001-41</b>     | Bairro<br><b>CENTRO</b> | CEP<br><b>14.180.000</b>                                     |  |
| Sacador / Avalista   |                                      |  |                       |  |                         |  |  |

Autenticação Mecânica / FICHA COMPENSAÇÃO





10 ANOS

Tem novidades no nosso

portfolio

linha de papéis sanitários



PAPEL TOALHA BOBINA



PAPEL TOALHA INTERFOLHA



PAPEL HIGIÊNICO



OPÇÃO DE COMODATO DE DISPENSERS



televendas

**(16) 3285-0150**

FALE COM NOSSA EQUIPE DE VENDAS

HigiRib Distribuidora de Produtos para Higiene Profissional  
Rua Jaime José do Nascimento Feitosa, 178 | CEP 14.092- 540 | Ribeirão Preto SP  
Tel. 16 3285.0150 | [www.higirib.com.br](http://www.higirib.com.br)

portfólio

com novidades no nosso



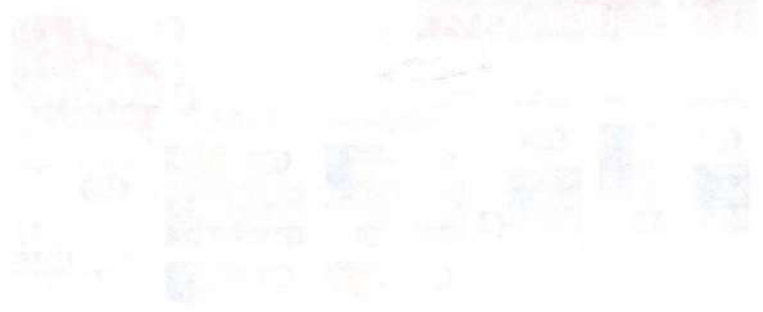
entre as papéis sanitárias

OPÇÃO DE COMODATO DE LICENCIAMENTO

OPÇÃO DE COMODATO DE LICENCIAMENTO



OPÇÃO DE COMODATO DE LICENCIAMENTO



televendas

101 3285-0120

FALE COM NOSSA EQUIPE DE VENDAS

100  
2665  
45000-6



## 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> | 34191.09008 34192.348927 82179.030000 8 94520000045000 |
| <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>                              | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>11.872.656/0001-10</b>                              |
| <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                                     |

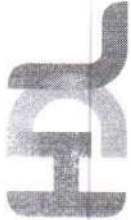
|  |            |
|--|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 24/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 450,00     |
| <b>Juros (R\$):</b>                      | 0,00       |
| <b>IOF (R\$):</b>                        | 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>            | 450,00     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 450,00     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:01:43 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019495587        |
| <b>Chave de segurança:</b> | FW4TXXNWU68GV8QT |

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.40  
 Bairro TIBERY, UBERLANDIA, MG  
 Fone: (34) 3221-5300, CEP: 38405-956

**DANFE**  
 Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica



CHAVE DE ACESSO  
**3123 0711 8726 5600 0110 5500 1000 4248 7913 2213 5648**

0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA

Nº 424.879

SERIE 1 FOLHA 1/1

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

RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
 ENDEREÇO: R. ANANIAS COSTA FREITAS Nº 753  
 MUNICÍPIO: PONTAL  
 ESTADO: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 14.180-000  
 CEP: 14.180-000  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 HORA DE SAIDA: 14:16:03

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

NUMERO DA ORÇAMAÇÃO: 0015881100069  
 DATA DE EMISSÃO: 24-07-2023  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 VALOR DO ICMS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 450,00

*recebido 25/07/23 Quater One*

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 0,00  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 450,00  
 BASE DE CÁLCULO DO ISSQN: 0,00  
 VALOR DO ISSQN: 0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 PEDIDO 4993 TERMO DE CONVENIO N. 003/2023 T. A. N. 004/2023 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino  
 R\$63,00 + ICP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. I ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

RESERVADO AO FISCO

SETOR:

0,00



SIH-R<HCMP0004>

Emissão 24/07/2023 11:32

No. Página

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

1

CNPJ: 55.110.753/0001-41

No. Pedido

4993

FAX:

Email: dpcompras@iscmpontal.com.br

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG) Data Ped: 24/07/2023

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

|   |              |        |        |        |          |
|---|--------------|--------|--------|--------|----------|
| 77628- 2 MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA -CAIXA C/50 - | Não Entregou |        |        |        |          |
| (3) ALMOXARIFADO                                  | 100,0000     | 4,5000 | 0,0000 | 0,0000 | 450,0000 |

Complemento do item

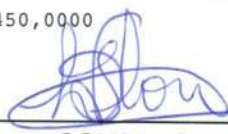
Totais:

Total Bruto dos itens: 450,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido  
 450,0000                      0,0000                      0,0000                      0,0000                      450,0000



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> | 34191.09008 34195.318927 82179.030000 1 94520000126900 |
| <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>                              | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>11.872.656/0001-10</b>                              |
| <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>               | 24/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 1.269,00   |
| <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>            | 1.269,00   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.269,00   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:01:59 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019494204        |
| <b>Chave de segurança:</b> | YX1KKL4VPYYA3K42 |

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

LOGISTICA HOSPITALAR

**DANFE**

Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA  
 N° 424.898  
 SERIE 1 FOLHA 1/1



CHAVE-DE-ACESSO  
**3123 0711 8726 5600 0110 5500 1000 4248 9815 8426 2049**

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**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 0015881100069  
 NOME/RAÇÃO SOCIAL  
 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO  
 813014730110  
 CNPJ/CPF  
 1883 55.110.753/0001-41  
 DATA DA EMISSÃO  
 24-07-2023

ENDEREÇO  
 R ANANIAS COSTA FREITAS N° 753  
 MUNICÍPIO  
 PONTAL

CEP  
 14.180-000  
 BAIRO/DISTRITO  
 CENTRO  
 UF  
 SP  
 FONE/FAX  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 14.180-000  
 HORA DE SAÍDA  
 14:56:22

31 | BOLI=001 Venc=24/08/2023 Valor=1.269,00

|                         |          |                  |        |                                      |              |                            |      |                          |                    |
|-------------------------|----------|------------------|--------|--------------------------------------|--------------|----------------------------|------|--------------------------|--------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 1.269,00 | VALOR DO ICMS    | 152,28 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00         | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 1.269,00           |
| VALOR DO FRETE          | 0,00     | VALOR DO SEGURO  | 0,00   | DESCONTO                             | 0,00         | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR DO IPI             | 0,00               |
| BASE SOCIAL             | 0,00     | PRETE POR CONTRA | 0,00   | CÓDIGO ANTT                          | 0 - Emitente | PLACA DO VEÍCULO           |      | CNPJ/CPF                 | 11.872.656/0001-10 |

HELD LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.  
 AV INGLATERRA N. 40  
 QUANTIDADE  
 3,00  
 SEQUÊNCIA  
 0015881100069

|   |                                      |     |        |            |       |             |      |             |      |          |          |         |        |            |      |            |      |        |      |         |      |
|---|--------------------------------------|-----|--------|------------|-------|-------------|------|-------------|------|----------|----------|---------|--------|------------|------|------------|------|--------|------|---------|------|
| COD. PROD.                              | 4139                                 | UN. | 6108UN | QUANTIDADE | 2.700 | V. UNITÁRIO | 0,47 | V. DESCONTO | 1,00 | V. TOTAL | 1.269,00 | V. ICMS | 152,28 | BC ICMS ST | 0,00 | V. ICMS ST | 0,00 | V. IPI | 0,00 | AL. IPI | 0,00 |
| DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS         | COMPRESSA DE SAZE 7,5X7,5/34 (15X26) |     |        |            |       |             |      |             |      |          |          |         |        |            |      |            |      |        |      |         |      |
| 11 F C/10 UN ESTERIL HEZICA I (203 )    |                                      |     |        |            |       |             |      |             |      |          |          |         |        |            |      |            |      |        |      |         |      |
| 108/05/28 1.8.000CReferencia:1072300019 |                                      |     |        |            |       |             |      |             |      |          |          |         |        |            |      |            |      |        |      |         |      |

RESERVAÇÃO AO FISCO  
 VALOR DO ISSQN  
 0,00  
 BASE DE CÁLCULO DO ISSQN  
 0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 PEDIDO 4994 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 T. A N. 004/2023 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino  
 R\$76,14 + FCP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. | ( ) ( ) ( ) ( )

RECEBIDO: *Sabta*  
 DATA: 25/07/23  
 SETOR: *Jornalismo*



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 34195.318927 82179.030000 1 94520000126900

RECIBO DO PAGADOR

|  |  |                                   |               |                      |             |                                  |   |
|--|--|-----------------------------------|---------------|----------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA  |  | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0001-10    |               | Sacador Avalista     |             | Vencimento:<br>24/08/2023        |   |
| Endereço Beneficiário/Sacador Avalista<br>Av INGLATERRA,40 TIBERY UBERLÂNDIA - MG 38.405-050 |  |                                   |               |                      |             |                                  |   |
| Nosso Número<br>109/00341953-1   |  | Carteira<br>109                   | Espécie<br>DM | Quantidade           |             | Valor                            | Agência/Código Beneficiário<br>8928/21790-3 |
| Data do Documento<br>24/07/2023  |  | Número do Documento<br>424898 - 1 |               | Espécie do Documento | Aceite<br>N | Data Processamento<br>24/07/2023 | Valor do Documento<br>1.269,00              |

Autenticação Mecânica



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 34195.318927 82179.030000 1 94520000126900

|   |  |                                   |                |                                |             |   |                                    |
|---|--|-----------------------------------|----------------|--------------------------------|-------------|---|------------------------------------|
| Local do Pagamento:<br><b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ</b><br><b>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ</b>  |  |                                   |                |                                |             | Vencimento:<br>24/08/2023                   |                                    |
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA   |  |                                   |                | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0001-10 |             | Agência/Código Beneficiário<br>8928/21790-3 |                                    |
| Data do Documento<br>24/07/2023   |  | Número do Documento<br>424898 - 1 |                | Esp.Doc.<br>DM                 | Aceite<br>N | Data Processamento<br>24/07/2023            | Nosso Número<br>109/00341953-1     |
| Uso do Banco  |  | Carteira<br>109                   | Espécie<br>R\$ | Quantidade                     |             | Valor                                       | (-) Valor do Documento<br>1.269,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 25,38<br>APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 2,54 POR DIA DE ATRASO.<br><br>PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO<br>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<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14 180-000-PONTAL -SP<br>Sacador/Avalista   |  |                                   |                |                                |             |   |                                    |

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



CONVÊNIO  
002

SIH-R<HCMP0004>

Emissão 24/07/2023 14:32

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

4994

## Pedido de Compra

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG) | Data Ped: 24/07/2023           |
| 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                               |   |                                |
| 62765- 1 COMPRESSA DE GASE 7,5X7,5 9FIOS C/10      | Não Entregou  |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 2.700,00 0,4700 0,0000 0,0000                           | 1.269,0000                     |
| Complemento do item                                | AMED  |                                |

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.269,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 1.269,0000        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 1.269,0000      |

  
\_\_\_\_\_  
COMPRAS

  
\_\_\_\_\_  
ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

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> | 03399.14327 85000.000159 58820.301016 1 94420000080000 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | BANCO SANTANDER S.A.                                   |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 033  |
| <b>Código do ISPB:</b>                             | 90400888   |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |  |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | <b>NACIONAL COML.HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A</b>               |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>52.202.744/0001-92</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRM.STA CASA MIS.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>               | 14/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boletto:</b>         | 800,00     |
| <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>            | 800,00     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 800,00     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:02:14 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019493019        |
| <b>Chave de segurança:</b> | JHC0VRF171M6T2CF |

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



**NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.**  
 AL AFRICA (POLO EMPRESARIAL), SN  
 Complemento: 337  
 TAMBORE Cep:06543-306  
 SANTANA DE PARNAIBA/SP  
 Fone:

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA  
 1-SAÍDA  
 N. 000024904  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/01

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
**3523 0752 2027 4400 0788 5500 1000 0249 0419 5061 4194**  
 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: 135231129748558 14/07/2023 17:02:11-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 623179926119  
 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.:  
 CNPJ/CPF: 52.202.744/0007-88

DESTINATÁRIO/REMETENTE  
 NOME/RAZÃO SOCIAL: IRM. STA CASA MIS. DE PONTAL  
 ENDEREÇO: RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753  
 BAIRRO/DISTRITO: CENTRO  
 CEP: 14180-000  
 MUNICÍPIO: PONTAL  
 FONE/FAX: 01639531719  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL:  
 DATA DE EMISSÃO: 14/07/2023  
 DATA ENTRADA/SAÍDA: 14/07/2023  
 HORA ENTRADA/SAÍDA: 16:51:00

CALCULO DO IMPOSTO  
 BASE DE CALCULO DO ICMS: 800,00  
 VALOR DO ICMS: 144,00  
 BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 800,00  
 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: 800,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
 RAZÃO SOCIAL: PVN TRANSPORTES E SERVICOS  
 FRETE POR CONTA: 0-EMITENTE  
 CÓDIGO ANTT:  
 PLACA DO VEÍCULO:  
 UF:  
 CNPJ/CPF: 12.270.745/0004-00  
 ENDEREÇO: RUA SAO PAULO 41 SALA 1706  
 MUNICÍPIO: SANTOS  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 633751854115

QUANTIDADE: 3  
 ESPECIE: CX  
 MARCA:  
 NUMERAÇÃO:  
 PESO BRUTO: 100,000  
 PESO LIQUIDO: 100,000

| COD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.   | NCM/SH   | CST | CFOP | UN | QUANT. | V.UNITARIO | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
|-----------|--|----------|-----|------|----|--------|------------|---------|---------|--------|-------|--------|-------|
| 0000173   | ESCALPE 23G 38833814 - BD<br>xEAN: 00382903883387 Reg. Anvisa: 10033430460 - Lot e: 2056809 - Dt. Fabric: 28/03/2022 - Dt. Valid: 28/02/2027 Marca: BD | 90183999 | 500 | 5102 | UN | 61,00  | 1,6        | 97,60   | 97,60   | 17,57  | 0,00  | 18,00% | 0,00% |
| 0000173   | ESCALPE 23G 38833814 - BD<br>xEAN: 00382903883387 Reg. Anvisa: 10033430460 - Lot e: 2178739 - Dt. Fabric: 30/07/2022 - Dt. Valid: 30/06/2027 Marca: BD | 90183999 | 500 | 5102 | UN | 200,00 | 1,6        | 320,00  | 320,00  | 57,60  | 0,00  | 18,00% | 0,00% |
| 0000173   | ESCALPE 23G 38833814 - BD<br>xEAN: 00382903883387 Reg. Anvisa: 10033430460 - Lot e: 2237050 - Dt. Fabric: 30/09/2022 - Dt. Valid: 31/08/2027 Marca: BD | 90183999 | 500 | 5102 | UN | 237,00 | 1,6        | 379,20  | 379,20  | 68,25  | 0,00  | 18,00% | 0,00% |
| 0000173   | ESCALPE 23G 38833814 - BD<br>xEAN: 00382903883387 Reg. Anvisa: 10033430460 - Lot e: 9275429 - Dt. Fabric: 31/10/2019 - Dt. Valid: 30/10/2024 Marca: BD | 90183999 | 500 | 5102 | UN | 2,00   | 1,6        | 3,20    | 3,20    | 0,58   | 0,00  | 18,00% | 0,00% |

CALCULO DO ISSQN  
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL:  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS:  
 BASE DE CÁLCULO DO ISSQN:  
 VALOR DO ISSQN:

DADOS ADICIONAIS  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
**Pedido Interno: 026604**  
 Protocolo: 135231129748558  
 Pedido cliente 4968 - Local de entrega TERMO DE CONVENIO N 002 2022 T A N 004 2023 -  
 Nro. Pedido Interno: 026604 - Forma de Pagamento: BOLETO

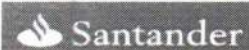
RESERVADO AO FISCO  
**RECEBIDO:** *Salta*  
**DATA:** 17/07/23  
**SETOR:** *Sanitário*



033-7

Comprovante de Entrega

|  |   |                              |   |
|--|---|------------------------------|---|
| Beneficiário<br>NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.           | Agência/Cód. Beneficiário<br>0289/1432850 | Nro. Documento<br>000024904  | ( ) Mudou-se<br>( ) Ausente                                     |
| Pagador<br>IRM, STA CASA MIS. DE PONTAL                      | Vencimento<br>14/08/2023                  | Valor do Documento<br>800,00 | ( ) Não existe nº indicado<br>( ) Recusado<br>( ) Não procurado |
| Recebi(emos) o bloqueto/titulo com as características acima. | Data                                      | Assinatura                   | ( ) Endereço insuficiente<br>( ) Desconhecido                   |
|  | Data                                      | Entregador                   | ( ) Falecido<br>( ) Outros (anotar no verso)                    |



033-7

Recibo do Pagador

|   |  |
|---|--|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.   | Vencimento<br>14/08/2023                       |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0007-88<br>AL AFRICA (POLO EMPRESARIAL) - SANTANA DE PARNAIBA - SP 06543-306        | Agência/Código do Beneficiário<br>0289/1432850 |
| Data do Documento<br>14/07/2023   | Nro. Documento<br>000024904                    |
| Espécie Doc.<br>DM  | Aceite<br>N                                    |
| Data do Processamento<br>14/07/2023   | Nosso Número<br>15588203                       |
| Uso do Banco<br>Carteira<br>RCR   | Espécie<br>R\$                                 |
| Quantidade  | Valor<br>800,00                                |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)  | (-) Desconto/Abatimento                        |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,033% E MULTA DE 5%. SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS UTEIS<br>SERA COBRADO JUROS NO VALOR DE R\$ 0,24 POR DIA APOS O VENCIMENTO | (-) Outras Deduções                            |
|   | (+) Mora/Multa                                 |
|   | (+) Outros Acréscimos                          |
|   | (=) Valor Cobrado                              |
| Pagador<br>IRM, STA CASA MIS. DE PONTAL<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41                           |  |
| Sacador/Avalista  |  |

Autenticação Mecânica



033-7

03399.14327 85000.000159 58820.301016 1 94420000080000

|   |  |
|---|--|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.   | Vencimento<br>14/08/2023                       |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0007-88<br>AL AFRICA (POLO EMPRESARIAL) - SANTANA DE PARNAIBA - SP 06543-306        | Agência/Código do Beneficiário<br>0289/1432850 |
| Data do Documento<br>14/07/2023   | Nro. Documento<br>000024904                    |
| Espécie Doc.<br>DM  | Aceite<br>N                                    |
| Data do Processamento<br>14/07/2023   | Nosso Número<br>15588203                       |
| Uso do Banco<br>Carteira<br>RCR   | Espécie<br>R\$                                 |
| Quantidade  | Valor<br>800,00                                |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)  | (-) Desconto/Abatimento                        |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,033% E MULTA DE 5%. SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS UTEIS<br>SERA COBRADO JUROS NO VALOR DE R\$ 0,24 POR DIA APOS O VENCIMENTO | (-) Outras Deduções                            |
|   | (+) Mora/Multa                                 |
|   | (+) Outros Acréscimos                          |
|   | (=) Valor Cobrado                              |
| Pagador<br>IRM, STA CASA MIS. DE PONTAL<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41                           |  |
| Sacador/Avalista  |  |

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





SIH-R<HCMP0004>

Emissão 14/07/2023 09:37

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

4968

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 307 - NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A      Data Ped: 14/07/2023

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

|   |              |        |        |        |          |
|---|--------------|--------|--------|--------|----------|
| 85984- 1 SCALP N. 23-UNIDADE-MARCA DISPONVIEL | Não Entregou |        |        |        |          |
| (4) FARMÁCIA                                  | 500,0000     | 1,6000 | 0,0000 | 0,0000 | 800,0000 |

Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens: 800,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 800,0000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 800,0000        |

  
 \_\_\_\_\_  
 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> | 23793.37609 90000.105503 98000.249403 1 94490000028000 |
| <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>               | 21/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 280,00     |
| <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>            | 280,00     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 280,00     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:02:30 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019492244        |
| <b>Chave de segurança:</b> | FL1RSL5K50T4CPGS |

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**  
**CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA**  
 ROD DF 290, SN  
 Complemento: LT 14 GL 2 AR 5 6 7  
 SANTA MARIA CEP:72578-000  
 BRASILIA/DF  
 Fone: 556121043401



**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAIDA  
 N. 000965431  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
 5323 0712 4201 6400 0904 5500 1000 9654 3118 3327 2863

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 0774964900260

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.  
 807010514114

CNPJ  
 12.420.164/0009-04

DATA DE EMISSÃO  
 19/07/2023

CNPJ/CPF  
 55.110.753/0001-41

| DESTINÁRIO / REMETENTE     | NOME/RAZÃO SOCIAL   | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001) | CNPJ/CPF                   | BAIRRO/DISTRITO            | CEP                        | DATA ENTRADA/SAÍDA       |                   |          |         |            |            |            |
|----------------------------|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|----------|---------|------------|------------|------------|
| FATURA                     | MUNICÍPIO   | FONE/FAX  | UF                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL         | UF                         | HORA ENTRADA/SAÍDA       |                   |          |         |            |            |            |
| 001<br>280,00              | PONTAL  | 0161639531719   | SP                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL         | SP                         |                          |                   |          |         |            |            |            |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS    | VALOR DO ICMS   | VALOR DO SEGURO   | DESCONTO                   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |                   |          |         |            |            |            |
| 280,00                     | 11,20   | 0,00  | 0,00                       | 0,00                       | 0,00                       | 280,00                   |                   |          |         |            |            |            |
| VALOR DO FRETE             | VALOR DO SEGURO   | DESCONTO  | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO ICMS ST     | VALOR TOTAL DO ICMS        | VALOR TOTAL DA NOTA      |                   |          |         |            |            |            |
| 0,00                       | 0,00  | 0,00  | 0,00                       | 0,00                       | 0,00                       | 280,00                   |                   |          |         |            |            |            |
| TRANSPORTADOR VOLUMES      | RAZÃO SOCIAL  | HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T2011                             | UF                         | PLACA DO VEÍCULO           | CNPJ/CPF                   | INSCRIÇÃO ESTADUAL       |                   |          |         |            |            |            |
| 1                          | RUA OSASCO, 949 GALPAO D  |   | SP                         |                            | 18.320.396/0001-10         |                          |                   |          |         |            |            |            |
| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO | QUANTIDADE  | ESPECIE CAIXAS  | MARCA                      | NUMERAÇÃO                  | PESO BRUTO                 | PESO LIQUIDO             |                   |          |         |            |            |            |
| 139260                     | FIXADOR P/SONDA E CATETER NASAL SECURE-IT ADULTO CX C/100 - ASPE N SIRURGICAL   | 30051090  | 200                        | 6108                       | CX                         | 1,0000                   |                   |          |         |            |            |            |
|                            |   | V.UNITARIO  | VLR TOTAL                  | BC.ICMS                    | BC.ICMS ST                 | VLR ICMS                 | VLR ICMS ST %C/MS | ALIQ.IPI | Q. LOTE | LOTE PROD. | D.VALID.   | D.FABR.    |
|                            |   | 280,0000000   | 280,00                     | 280,00                     | 0,00                       | 11,20                    | 0,00              | 4,00%    | 0,00%   | 1          | 30/06/2024 | 01/06/2019 |
| BASE DE CÁLCULO DO ISSQN   |   |   |                            |                            |                            |                          |                   |          |         |            |            |            |
| VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS   |   |   |                            |                            |                            |                          |                   |          |         |            |            |            |
| VALOR DO ISSQN             |   |   |                            |                            |                            |                          |                   |          |         |            |            |            |
| DATA: 21/07/23             |   |   |                            |                            |                            |                          |                   |          |         |            |            |            |
| RESERVADO AO FISCO         |   |   |                            |                            |                            |                          |                   |          |         |            |            |            |
| METOR: <i>Tommaso</i>      |   |   |                            |                            |                            |                          |                   |          |         |            |            |            |
| DADOS ADICIONAIS           | Pedido: AA6349<br>Rep.: 001241<br>Nº da OS 000001638803 (P)<br>Volumes 1<br>Total 1   |   |                            |                            |                            |                          |                   |          |         |            |            |            |
| DADOS ADICIONAIS           | INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>OC 4986 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 J. T. A N 004/2023<br>Nosso Pedido: AA6349<br>A Vivo 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.vivo.com.br/compliance">https://www.vivo.com.br/compliance</a> - IE DIFAL/DESTINO N 807010514114/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\$ 39.20. |   |                            |                            |                            |                          |                   |          |         |            |            |            |

**Identificação do emitente**  
**CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA**  
 ROD DF 290, SN  
 Complemento: LT 1 4 GL 2 AR 5 6 7  
 SANTA MARIA CEP:7578-000  
 BRASILIA/DF  
 Fone: 556121043401

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAIDA  
 N. 000965431  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 02/02

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 5323 0712 4201 6400 0904 5500 1000 9654 3118 3327 2883

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

**mafra**  
 distribuidoras saúde

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**  
 VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**  
 353230035038644 19/07/2023 11:14:57-03:00

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**  
 0774964900260

**INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**  
 807070514114

| COD. PROD          | DESCR PROD | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | V.UNITARIO | VLR TOTAL | BC.ICMS | BC.ICMS ST | VLR ICMS | VLR ICMS ST | ALIQ.IPI | Q.LOTE | LOTE PROD. | D.VALID. | D.FABR. |
|--------------------|------------|--------|-----|------|----|--------|------------|-----------|---------|------------|----------|-------------|----------|--------|------------|----------|---------|
| RESERVADO AO FISCO |            |        |     |      |    |        |            |           |         |            |          |             |          |        |            |          |         |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
 Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.

**DADOS ADICIONAIS**

Nº 000965431  
 SÉRIE 1  
 EMFRESA 001009  
 0000053933500

**TICKET**

RECEBEMOS DE CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)

DATA DE RECEBIMENTO

|  |  |                              |   |
|--|--|------------------------------|---|
| Beneficiário<br>CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA CNPJ: 12.420.164/0009-04 | Agência/Cód. Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 | Nro.Documento<br>000965431   | ( ) Mudou-se<br>( ) Ausente<br>( ) Não existe nº indicado<br>( ) Recusado<br>( ) Não procurado<br>( ) Endereço insuficiente<br>( ) Desconhecido<br>( ) Falecido<br>( ) Outros (anotar no verso) |
| Pagador<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL         | Vencimento<br>21/08/2023                       | Valor do Documento<br>280,00 |   |
| Recebi(emos) o bloqueto/titulo com as características acima.         | Data   | Assinatura                   |   |
|  | Data   | Entregador                   |   |

|  |   |                    |   |   |
|--|---|--------------------|---|---|
| Local de Pagamento<br>REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO  |   |                    |   | Vencimento<br><b>21/08/2023</b>                     |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA - CNPJ: 12.420.164/0009-04<br>ROD DF 290, KM7 - BRASILIA - DF 72578-000  |   |                    |   | Agência/Código do Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 |
| Data do Documento<br>19/07/2023  | Nro.Documento<br>000965431  | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N   | Data do Processamento<br>19/07/2023                 |
| Uso do Banco   | Carteira<br>09  | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor   |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)   |   |                    |   | Nosso Número<br>09/00001055098-2                    |
| APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ 0,56 POR DIA DE ATRASO<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE<br>BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM<br>O(OS) DEBITO(S). |   |                    |   | Valor do Documento<br><b>280,00</b>                 |
|  |   |                    |   | (-)Desconto/Abatimento                              |
|  |   |                    |   | (-)Outras Deduções                                  |
|  |   |                    |   | (+)Mora/Multa                                       |
|  |   |                    |   | (+)Outros Acréscimos                                |
|  |   |                    |   | (=)Valor Cobrado                                    |
| Pagador  | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000 |                    | Código Interno: 000726-0001<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41 |   |



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

|  |   |                    |   |   |
|--|---|--------------------|---|---|
| Local de Pagamento<br>REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO  |   |                    |   | Vencimento<br><b>21/08/2023</b>                     |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>CM HOSPITALAR S.A. BRASILIA - CNPJ: 12.420.164/0009-04<br>ROD DF 290, KM7 - BRASILIA - DF 72578-000  |   |                    |   | Agência/Código do Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 |
| Data do Documento<br>19/07/2023  | Nro.Documento<br>000965431  | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N   | Data do Processamento<br>19/07/2023                 |
| Uso do Banco   | Carteira<br>09  | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor   |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)   |   |                    |   | Nosso Número<br>09/00001055098-2                    |
| APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ 0,56 POR DIA DE ATRASO<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE<br>BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM<br>O(OS) DEBITO(S). |   |                    |   | Valor do Documento<br><b>280,00</b>                 |
|  |   |                    |   | (-)Desconto/Abatimento                              |
|  |   |                    |   | (-)Outras Deduções                                  |
|  |   |                    |   | (+)Mora/Multa                                       |
|  |   |                    |   | (+)Outros Acréscimos                                |
|  |   |                    |   | (=)Valor Cobrado                                    |
| Pagador  | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000 |                    | Código Interno: 000726-0001<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41 |   |



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



SIH-R<HCMP0004> Emissão 19/07/2023 09:19  
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  
4986

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 188 - CM HOSPITALAR S.A BRASILIA Data Ped: 18/07/2023

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

| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Situação do Item | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) | Vlr.Total |
|--|------------------|--------------------------------|-----------|
| 4762- 1 FIXADOR P/ SONDA E CATETER NASAL ADULTO-   | Não Entregou     |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 100,0000         | 2,8000 0,0000 0,0000           | 280,0000  |

Complemento do item

Totais:

|  |                 |
|--|-----------------|
| Total Bruto dos itens:   | 280,0000        |
| Total Descontos dos itens:   | 0,0000          |
| Total IPI dos itens:   | 0,0000          |
| <b>Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido</b> | <b>280,0000</b> |

280,0000 0,0000  
  
\_\_\_\_\_  
COMPRAS

0,0000 0,0000 280,0000  
  
\_\_\_\_\_  
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 90000.104795 28000.249400 5 94420000018360 |
| <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>               | 14/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 183,60     |
| <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>            | 183,60     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 183,60     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:02:46 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019491388       |
| <b>Chave de segurança:</b> | YC3LV6EEJMXV7H3 |

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**  
distribuidoras saude

**Identificação do emittente**  
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 ELETRONICA  
0-ENTRADA 1  
1-SAIDA

N. 001202716  
SERIE 1  
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
3523 0712 4201 6400 0157 5500 1001 2027 1614 9467 1869

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
582557602113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

PROTOKOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135231129537398 14/07/2023 16:33:19-03:00

CNPJ  
12.420.164/0001-57

|                          |   |                                |                               |
|--------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATARIO / REMETENTE | NO MEIRAZÃO SOCIAL<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001) | CNPJ/CPF<br>55.110.753/0001-41 | DATA DE EMISSÃO<br>14/07/2023 |
| FATURA                   | ENDEREÇO<br>R. ANANIAS COSTA FREITAS, 753   | CEP<br>14180-000               | DATA ENTRADA/SAÍDA            |
| CALCULO DO IMPOSTO       | MUNICIPIO<br>PONTAL   | INSCRIÇÃO ESTADUAL             | HORA ENTRADA/SAÍDA            |

|  |                      |                    |                    |
|--|----------------------|--------------------|--------------------|
| RAZÃO SOCIAL<br>HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T.4162 | UF<br>SP             | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA/SAÍDA |
| ENDEREÇO<br>RUA OSA SCO, 949 GALPAO D                | MUNICIPIO<br>CAJAMAR | UF<br>SP           |                    |
| QUANTIDADE<br>1                                      | ESPECIE<br>CAIXAS    | MARCA              |                    |

|  |                         |                    |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |
|--|-------------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| VALOR DO FRETE<br>0,00                               | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00   | BASE DE CALCULO DO ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>33,05 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00 | BASE DE CALCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>183,60 |
| RAZÃO SOCIAL<br>HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T.4162 | UF<br>SP                | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |
| ENDEREÇO<br>RUA OSA SCO, 949 GALPAO D                | MUNICIPIO<br>CAJAMAR    | UF<br>SP           |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |

|  |                         |                    |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |
|--|-------------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| VALOR DO FRETE<br>0,00                               | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00   | BASE DE CALCULO DO ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>33,05 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00 | BASE DE CALCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>183,60 |
| RAZÃO SOCIAL<br>HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T.4162 | UF<br>SP                | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |
| ENDEREÇO<br>RUA OSA SCO, 949 GALPAO D                | MUNICIPIO<br>CAJAMAR    | UF<br>SP           |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |

|  |                         |                    |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |
|--|-------------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| VALOR DO FRETE<br>0,00                               | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00   | BASE DE CALCULO DO ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>33,05 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00 | BASE DE CALCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>183,60 |
| RAZÃO SOCIAL<br>HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T.4162 | UF<br>SP                | INSCRIÇÃO ESTADUAL |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |
| ENDEREÇO<br>RUA OSA SCO, 949 GALPAO D                | MUNICIPIO<br>CAJAMAR    | UF<br>SP           |                                 |                        |                          |                                    |                                    |                                    |

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
20000696

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN  
RESERVADO AO FISCO

DATA: 14/07/23

RECEBIDO: *Santa*

SETOR: *Tamayo*

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OC 4971 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023

Nosso Pedido: 99PUB4

A Vivoe 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 informacoes, acesse <https://www.vivoe.com.br/compliance>

Pedido: 99PUB4  
Rep.: 001241  
Nº da OS  
600002846285 (G) 1  
Volumes  
1  
Total  
1



|  |  |                              |   |
|--|--|------------------------------|---|
| Beneficiário<br>C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57 | Agência/Cód. Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 | Nro.Documento<br>001202716   | ( ) Mudou-se<br>( ) Ausente                                     |
| Pagador<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL       | Vencimento<br>14/08/2023                       | Valor do Documento<br>183,60 | ( ) Não existe nº indicado<br>( ) Recusado<br>( ) Não procurado |
| Receb(emos) o bloqueto/titulo com as características acima.        | Data   | Assinatura                   | ( ) Endereço insuficiente<br>( ) Desconhecido                   |
|  | Data   | Entregador                   | ( ) Falecido<br>( ) Outros (anotar no verso)                    |

|  |   |                    |   |   |
|--|---|--------------------|---|---|
| Local de Pagamento<br>REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO  |   |                    |   | Vencimento<br><b>14/08/2023</b>                     |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57<br>AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055  |   |                    |   | Agência/Código do Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 |
| Data do Documento<br>14/07/2023  | Nro.Documento<br>001202716  | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N   | Data do Processamento<br>14/07/2023                 |
| Use do Banco   | Carteira<br>09  | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor   |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)   |   |                    |   | Nosso Número<br>09/00001047928-5                    |
| APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ 0,37 POR DIA DE ATRASO<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE<br>BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM<br>Q(OS) DEBITO(S). |   |                    |   | Valor do Documento<br><b>183,60</b>                 |
|  |   |                    |   | (-)Desconto/Abatimento                              |
|  |   |                    |   | (-)Outras Deduções                                  |
|  |   |                    |   | (+)Mora/Multa                                       |
|  |   |                    |   | (+)Outros Acréscimos                                |
|  |   |                    |   | (=)Valor Cobrado                                    |
| Pagador  | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000 |                    | Código Interno: 000726-0001<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41 |   |



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

|  |   |                    |   |   |
|--|---|--------------------|---|---|
| Local de Pagamento<br>REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTE BOLETO BANCARIO  |   |                    |   | Vencimento<br><b>14/08/2023</b>                     |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57<br>AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055  |   |                    |   | Agência/Código do Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 |
| Data do Documento<br>14/07/2023  | Nro.Documento<br>001202716  | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N   | Data do Processamento<br>14/07/2023                 |
| Use do Banco   | Carteira<br>09  | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor   |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)   |   |                    |   | Nosso Número<br>09/00001047928-5                    |
| APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ 0,37 POR DIA DE ATRASO<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE<br>BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM<br>Q(OS) DEBITO(S). |   |                    |   | Valor do Documento<br><b>183,60</b>                 |
|  |   |                    |   | (-)Desconto/Abatimento                              |
|  |   |                    |   | (-)Outras Deduções                                  |
|  |   |                    |   | (+)Mora/Multa                                       |
|  |   |                    |   | (+)Outros Acréscimos                                |
|  |   |                    |   | (=)Valor Cobrado                                    |
| Pagador  | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000 |                    | Código Interno: 000726-0001<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41 |   |



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 18/07/2023 10:20

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

4985

## Pedido de Compra

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 1 - CM HOSPITALAR S.A (RPO) | Data Ped: 14/07/2023           |
| 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                               |   |                                |
| 67209- 1 ESCOVA ESTERIL P/ASSEPSIA C/CLOREX-       | Não Entregou                            |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 108,0000 1,7000 0,0000 0,0000           | 183,6000                       |
| Complemento do item                                |   |                                |

Totais:

|  |          |
|--|----------|
| Total Bruto dos itens:   | 183,6000 |
| Total Descontos dos itens:   | 0,0000   |
| Total IPI dos itens:   | 0,0000   |
| <b>Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido</b> |          |
| 183,6000 0,0000 0,0000 0,0000  | 183,6000 |


  
 \_\_\_\_\_  
 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 90000.105412 13000.249402 8 94490000056705 |
| <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>                              | CM HOSPITALAR SA                                       |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | CM HOSPITALAR SA                                       |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 12.420.164/0001-57                                     |
| <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>               | 21/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 567,05     |
| <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>            | 567,05     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 567,05     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:03:01 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019490541        |
| <b>Chave de segurança:</b> | 9H5Y3JWEAAGCPKFH |

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: 501621019400



**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAIDA  
 N. 001205126  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
 3523 0712 4201 6400 0157 5500 1001 2051 2619 4691 7450

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  
 135231153454717 18/07/2023 20:15:43-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 582557602113

CNPJ  
 12.420.164/0001-57

NOME/RAZÃO SOCIAL  
 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)

CNPJ/CPF  
 55.110.753/0001-41

DATA DE EMISSÃO  
 18/07/2023

ENDEREÇO  
 R. ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO/DISTRITO  
 CENTRO

CEP  
 14180-000

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO  
 PONTAL

FONE/FAX  
 0161639531719

UF  
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001

21/08/2023

567,05

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS  
 555,70

VALOR DO ICMS  
 100,03

BASE DE CALCULO DO ICMS ST  
 0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
 567,05

TRANSPORTADORS

RAZÃO SOCIAL  
 HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR - T2011

ENDEREÇO  
 RUA OSASCO, 949 GALPAO D

MUNICÍPIO  
 CAJAMAR

UF  
 SP

CNPJ/CPF  
 18.320.396/0001-10

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

009192  
 TALA DE ALUMINIO  
 16MMX250MM/MEDIA  
 DZ MSO - MSOM  
 ATERIAL HOSPITAL  
 AR

707708  
 INTEGRADOR QUIM  
 CO P/AVAPOR TIPO  
 5 IT26C CX 250 ( 1) - TERRAGENE

QUANTIDADE  
 1

PESO LIQUIDO  
 1,0000

D.FABR.  
 10/01/2028 10/01/2023

ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
 20000696

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 ISENTOS DE ICMS CONF. CONV. 126/10 - ANEXO, ART. 16 DO RICMS - SP - Produto(s): 009192  
 OC-4979 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023  
 Nosso Pedido: 99PVV4  
 A Viteo 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.viteo.com.br/compliance>

Pedido: 99PVV4  
 Rep.: 001241  
 N° da OS  
 600002849914 (P)  
 1  
 Total

RECEBIDO: [Assinatura]

SETOR:

DATA DE EMISSÃO NO FISCO: 18/07/2023

|   |  |
|---|--|
| Beneficiário  | C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57 |
| Agência/Cód. Beneficiário   | 3376-6/00002494-5                                    |
| Nro. Documento  | 001205126  |
| Valor do Documento  | 567,05   |
| Vencimento  | 21/08/2023   |
| Data  | Assinatura   |
| Data  | Entregador   |
| Recebi(emos) o boleto/título com as características acima.  |  |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL   |  |
| <input type="checkbox"/> Mudou-se<br><input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Não existe "n" indicado<br><input type="checkbox"/> Recusado<br><input type="checkbox"/> Não procurado<br><input type="checkbox"/> Endereço insuficiente<br><input type="checkbox"/> Desconhecido<br><input type="checkbox"/> Falecido<br><input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso) |  |

Comprovante de Entrega

**Bradesco** 237-2

Local de Pagamento

REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO

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  
3376-6/00002494-5

Vencimento  
21/08/2023

Data do Documento  
18/07/2023

Nro. Documento  
001205126

|              |            |        |        |
|--------------|------------|--------|--------|
| Espeçie Doc. | DM         | Acerte | N      |
| Valor        | 18/07/2023 | Valor  | 567,05 |

Valor do Documento

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%  
 COBRAR JUROS DE R\$ 1,13 POR DIA DE ATRASO  
 PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.  
 NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE  
 BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM  
 O(S) DEBITO(S).

Pagador  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

PONTAL - SP - 14180000

Sacador/Avalista

**Bradesco** 237-2

Local de Pagamento

REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO

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  
3376-6/00002494-5

Vencimento  
21/08/2023

Data do Documento  
18/07/2023

Nro. Documento  
001205126

|              |            |        |        |
|--------------|------------|--------|--------|
| Espeçie Doc. | DM         | Acerte | N      |
| Valor        | 18/07/2023 | Valor  | 567,05 |

Valor do Documento

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%  
 COBRAR JUROS DE R\$ 1,13 POR DIA DE ATRASO  
 PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.  
 NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE  
 BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM  
 O(S) DEBITO(S).

Pagador  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

PONTAL - SP - 14180000

Sacador/Avalista

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 18/07/2023 07:34

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

4979

**Pedido de Compra**

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 1 - CM HOSPITALAR S.A (RPO) | Data Ped: 18/07/2023           |
| 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                               |   |                                |
| 62716- 1 COMPLY INTEGRADOR QUIMICO PARA VAPOR 1250 | Não Entregou                            |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 2,0000 277,8500 0,0000 0,0000           | 555,7000                       |
| Complemento do item                                |   |                                |
| 90712- 1 TALA METALICA 16X250 MEDIA C/ ESPUMA-     | Não Entregou                            |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 12,0000 0,9458 0,0000 0,0000            | 11,3496                        |
| Complemento do item                                |   |                                |

Totais:

Total Bruto dos itens: 567,0496

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 567,0496          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 567,0496        |


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletó

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> | 03399.14327 85000.000159 58956.001018 4 94420000030590 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | BANCO SANTANDER S.A.                                   |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 033  |
| <b>Código do ISPB:</b>                             | 90400888   |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |  |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | <b>NACIONAL COML.HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A</b>               |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>52.202.744/0001-92</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRM.STA CASA MIS.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>               | 14/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boletó:</b>          | 305,90     |
| <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>            | 305,90     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 305,90     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:03:16 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019489176        |
| <b>Chave de segurança:</b> | 9F0U3GNVVYX38PL8 |

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**  
**NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.**  
 AV DOUTOR CELSO CHARURI, 7500  
 JARDIM MANOEL PENNA Cep:14098-515  
 RIBEIRAO PRETO/SP  
 Fone: 1639639090

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAÍDA 1  
 N. 000899822  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/01

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
**3523 0752 2027 4400 0192 5500 1000 8998 2215 3119 3102**  
 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**  
 135231130808982 14/07/2023 20:55:25-03:00

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**  
 582156635119

**INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**

**CNPJ/CPF**  
 52.202.744/0001-92

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

**NOME/RAZÃO SOCIAL**  
 IRM.STA CASA MIS.DE PONTAL

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

**DATA DE EMISSÃO**  
 14/07/2023

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

**BAIRRO/DISTRITO**  
 CENTRO

**CEP**  
 14180-000

**MUNICÍPIO**  
 PONTAL

**FONE/FAX**  
 01639531719

**UF**  
 SP

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

**DATA DE EMISSÃO**  
 14/07/2023

**HORA ENTRADA/SAÍDA**  
 20:51:00

001  
 14/08/2023  
 305,90

**CALCULO DO IMPOSTO**

**BASE DE CALCULO DO ICMS**  
 305,90

**VALOR DO ICMS**  
 55,06

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

**VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO**  
 0,00

**VALOR TOTAL DOS PRODUTOS**  
 305,90

**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**  
 305,90

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

**RAZÃO SOCIAL**  
 PVN TRANSPORTES E SERVICOS

**FRETE POR CONTA**  
 0-EMITENTE

**CÓDIGO ANTT**

**PLACA DO VEÍCULO**

**UF**

**CNPJ/CPF**  
 12.270.745/0004-00

**ENDEREÇO**  
 RUA SAO PAULO 41 SALA 1706

**MUNICÍPIO**  
 SANTOS

**UF**  
 SP

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**  
 633751854115

**QUANTIDADE**  
 2

**ESPECIE**  
 CX

**MARCA**

**NUMERAÇÃO**

**PESO BRUTO**  
 14,980

**PESO LIQUIDO**  
 14,980

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

| COD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV  | NCM/SH   | CST | CFOP | UN | QUANT. | V.UNITARIO | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
|-----------|--|----------|-----|------|----|--------|------------|---------|---------|--------|-------|--------|-------|
| 0010633   | DETERGENTE ENZIMATICO 5L PRATICZYME 8188 - VIC PHA<br>xEAN: 17897877708487 Reg.Anvisa: 326488029 - Lote:<br>S6147 - Dt. Fabric: 28/02/2022 - Dt. Válid: 28/<br>02/2025 Marca: VIC PHARMA | 35079049 | 000 | 5102 | GL | 2,00   | 80,5       | 161,00  | 161,00  | 28,98  | 0,00  | 18,00% | 0,00% |
| 0002651   | ABAIXADOR DE LINGUA C 100 - ESTILO<br>xEAN: 7896187800501 Reg.Anvisa: 81453139001 - Lote<br>: 12223A771 - Dt. Fabric: 30/05/2023 - Dt. Válid<br>: 30/05/2026 Marca: ESTILO               | 44219900 | 000 | 5102 | PT | 30,00  | 4,83       | 144,90  | 144,90  | 26,08  | 0,00  | 18,00% | 0,00% |

**CALCULO DO ISSQN**

**INSCRIÇÃO MUNICIPAL**

**VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS**

**BASE DE CÁLCULO DO ISSQN**

**VALOR DO ISSQN**

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
**Pedido Interno: 202665**  
 Protocolo: 135231130808982  
 Pedido cliente 4967 - Local de entrega TERMO DE CONVENIO N 002 2022 T A N 004 2023 -  
 Nro. Pedido Interno: 202665 - Forma de Pagamento: BOLETO

RESERVADO AO FISCO

**RECEBIDO:** Salta

**DATA:** 17/07/23

**SETOR:** Formação





033-7

Comprovante de Entrega

|  |   |                              |   |
|--|---|------------------------------|---|
| Beneficiário<br>NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.           | Agência/Cód. Beneficiário<br>0289/1432850 | Nro. Documento<br>000899822  | ( ) Mudou-se<br>( ) Ausente                                     |
| Pagador<br>IRM.STA CASA MIS.DE PONTAL                        | Vencimento<br>14/08/2023                  | Valor do Documento<br>305,90 | ( ) Não existe nº indicado<br>( ) Recusado<br>( ) Não procurado |
| Recebi(emos) o bloqueto/titulo com as características acima. | Data                                      | Assinatura                   | ( ) Endereço insuficiente<br>( ) Desconhecido                   |
|  | Data                                      | Entregador                   | ( ) Falecido<br>( ) Outros (anotar no verso)                    |



033-7

Recibo do Pagador

|  |  |                    |             |                                     |                                     |
|--|--|--------------------|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.  | Vencimento<br><b>14/08/2023</b>                |                    |             |                                     |                                     |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0001-92<br>AV DOUTOR CELSO CHARURI 7500 - RIBEIRAO PRETO - SP 14098-515            | Agência/Código do Beneficiário<br>0289/1432850 |                    |             |                                     |                                     |
| Data do Documento<br>14/07/2023  | Nro. Documento<br>000899822                    | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>14/07/2023 | Nosso Número<br>15589560            |
| Uso do Banco   | Carteira<br>RCR                                | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                               | Valor do Documento<br><b>305,90</b> |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)   | (-)Desconto/Abatimento                         |                    |             |                                     |                                     |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,033% E MULTA DE 5%.SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS UTEIS<br>SERA COBRADO JUROS NO VALOR DE R\$ 0,09 POR DIA APOS O VENCIMENTO | (-)Outras Deduções                             |                    |             |                                     |                                     |
|  | (+)Mora/Multa                                  |                    |             |                                     |                                     |
|  | (+)Outros Acréscimos                           |                    |             |                                     |                                     |
|  | (=)Valor Cobrado                               |                    |             |                                     |                                     |
| Pagador<br>IRM.STA CASA MIS.DE PONTAL<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41                            |  |                    |             |                                     |                                     |
| Sacador/Avalista   | Autenticação Mecânica                          |                    |             |                                     |                                     |



033-7

03399.14327 85000.000159 58956.001018 4 94420000030590

|  |  |                    |             |                                     |                                     |
|--|--|--------------------|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.  | Vencimento<br><b>14/08/2023</b>                |                    |             |                                     |                                     |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0001-92<br>AV DOUTOR CELSO CHARURI 7500 - RIBEIRAO PRETO - SP 14098-515            | Agência/Código do Beneficiário<br>0289/1432850 |                    |             |                                     |                                     |
| Data do Documento<br>14/07/2023  | Nro. Documento<br>000899822                    | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>14/07/2023 | Nosso Número<br>15589560            |
| Uso do Banco   | Carteira<br>RCR                                | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                               | Valor do Documento<br><b>305,90</b> |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)   | (-)Desconto/Abatimento                         |                    |             |                                     |                                     |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,033% E MULTA DE 5%.SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS UTEIS<br>SERA COBRADO JUROS NO VALOR DE R\$ 0,09 POR DIA APOS O VENCIMENTO | (-)Outras Deduções                             |                    |             |                                     |                                     |
|  | (+)Mora/Multa                                  |                    |             |                                     |                                     |
|  | (+)Outros Acréscimos                           |                    |             |                                     |                                     |
|  | (=)Valor Cobrado                               |                    |             |                                     |                                     |
| Pagador<br>IRM.STA CASA MIS.DE PONTAL<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41                            |  |                    |             |                                     |                                     |
| Sacador/Avalista   | Autenticação Mecânica                          |                    |             |                                     |                                     |

Ficha de Compensação



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 14/07/2023 09:37

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

4967

**Pedido de Compra**

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 59 - NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR LTDA | Data Ped: 14/07/2023           |
| 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                               |   |                                |
| 46425- 1 ABAIXADOR DE LINGUA-PACOTE COM 100        | Não Entregou  |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 30,0000 4,8300 0,0000 0,0000                        | 144,9000                       |
| Complemento do item                                |   |                                |
| 64695- 1 DETERGENTE ENZIMATICO C/4 OU 5 ENZIMAS 5  | Não Entregou  |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 2,0000 80,5000 0,0000 0,0000                        | 161,0000                       |
| Complemento do item                                |   |                                |

Totais:

Total Bruto dos itens: 305,9000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 305,9000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 305,9000        |


  
 \_\_\_\_\_  
 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 90000.104910 61000.249401 4 94420000013671 |
| <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>                              | CM HOSPITALAR SA                                       |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | CM HOSPITALAR SA                                       |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 12.420.164/0001-57                                     |
| <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>               | 14/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 136,71     |
| <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>            | 136,71     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 136,71     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:03:33 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019488437        |
| <b>Chave de segurança:</b> | HAYXVR2NX2S2AC13 |

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 (CTL)**  
 EIXO 3, SN  
 Complemento: QD 9A, MÓDULO 26 A 30  
 DIST. MINERO IND. CAT CEP: 75709-685  
 CATALAO/GO  
 Fone: 556432210595

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAIDA  
 N. 002560895  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
 5223 0712 4201 6400 0319 5500 1002 5608 9512 1948 7457

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

PROTOKOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 152236495186276 14/07/2023 21:08:29-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL 105022500 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

**NOME/RAZÃO SOCIAL**  
 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001)  
**ENDEREÇO**  
 R. ANANIAS COSTA FREITAS, 753  
**MUNICÍPIO**  
 PONTAL  
**CEP**  
 14180-000  
**UF**  
 SP  
**INSCRIÇÃO ESTADUAL**  
**UF**  
 SP  
**CNPJ/CPF**  
 55.110.753/0001-41  
**BAIRRO/DISTRITO**  
 CENTRO  
**CEP**  
 14180-000  
**INSCRIÇÃO ESTADUAL**  
**UF**  
 SP  
**HORA ENTRADA/SAÍDA**  
**DATA ENTRADA/SAÍDA**  
 14/07/2023

**001**  
 14/08/2023  
 136,71

**BASE DE CÁLCULO DO ICMS**  
 120,11  
**VALOR DO ICMS**  
 11,44  
**VALOR DO FRETE**  
 0,00  
**VALOR DO SEGURO**  
 0,00  
**DESCONTO**  
 0,00  
**BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST**  
 0,00  
**VALOR DO ICMS ST**  
 0,00  
**VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO**  
 0,00  
**VALOR TOTAL DOS PRODUTOS**  
 136,71  
**VALOR TOTAL DA NOTA**  
 136,71

**RAZÃO SOCIAL**  
 HEALTH LOGÍSTICA HOSPITALAR - T4162  
**ENDEREÇO**  
 RUA OSASCO, 949 GALPAO D  
**QUANTIDADE**  
 2  
**ESPECIE**  
 CAIXAS  
**MARCA**  
**NUMERAÇÃO**  
**PLACA DO VEÍCULO**  
**UF**  
 SP  
**CNPJ/CPF**  
 18.320.396/0001-10  
**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

| COD. PROD | DESCR PROD  | NCM/SH   | GST | 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.    |            |
|-----------|---|----------|-----|------|-----|---------|-------------|-----------|---------|------------|----------|-------------------|----------|---------|------------|----------|------------|------------|
| 208935    | FRALDA ADULTO G SAFETY CONFORT F ARDO 08PCT C/08U N - SAFETY CONFO RT | 96190000 | 520 | 6108 | FA  | 1,00000 | 99,600000   | 99,60     | 83,00   | 0,00       | 9,96     | 0,00              | 12,00%   | 0,00%   | 1          | 052023   | 31/05/2026 | 01/05/2023 |
| 808894    | ELETRODO AD MEDI TRACE 200 PCT C/ 100 REF 31050522 - MEDITRACE        | 90181100 | 200 | 6108 | PCT | 1,00000 | 37,110000   | 37,11     | 37,11   | 0,00       | 1,48     | 0,00              | 4,00%    | 0,00%   | 1          | 304702X  | 02/02/2026 | 01/02/2023 |

**INSCRIÇÃO MUNICIPAL**  
 121282  
**VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS**  
**BASE DE CÁLCULO DO ISSQN**  
**VALOR DO ISSQN**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
 resol 13/2012 do senado federal - Produto(s): 808894  
 ANEXO IX, ART. 8º, VIII, DEC 4.852/97 - RCTE-GO Lei - Lei 12.492/94 - Produto(s): 208935  
 OC 4971 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023  
 Nosso Pedido: DESHQ  
 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

**Pedido: DESHQ**  
**Rep.: 001241**  
**Nº da OS**  
 600002894767 (P) 1  
 600002894769 (S) 1  
**Total** 2

**RECEBIDO: Sakita**  
**DATA: 19/07/23**  
**SETOR: Jamaro**

Identificação do emitente  
C M HOSPITALAR S.A (CTL)

EIXO 3, SN  
Complemento: QD 9A, MÓDULO 25 A 30  
DIST. MINERO IND. CAT CEP:75708-685  
CATALAO/GO  
Fone: 556432210505

**mafra**  
distribuidoras sruclhr

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTAFISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1

1-SAIDA  
N. 002560895  
SERIE 1  
FOLHA 02/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
5223 0712 4201 6400 0319 5500 1002 5608 9512 1948 7457

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
105022500

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

152236495186276 14/07/2023 21:08:29-03:00

CNPJ

12.420.164/0003-19

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<https://www.vivo.com.br/compliance> - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110Valor 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\$ 11.18. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.

RESERVADO AO FISCO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (00726-0001)

DATA DE RECEBIMENTO

ADICIONAIS  
DADOS

RECEBEMOS DE C M HOSPITALAR S.A. (CTL) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

Nº 002560895  
SERIE 1  
EMPRESA 001003  
000005385755

TICKET



**Bradesco****237-2**

Comprovante de Entrega

|  |  |  |                              |   |
|--|--|--|------------------------------|---|
| Beneficiário<br>C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19 |  | Agência/Cód. Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 | Nro.Documento<br>002560895   | ( ) Mudou-se<br>( ) Ausente                                     |
| Pagador<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL       |  | Vencimento<br>14/08/2023                       | Valor do Documento<br>136,71 | ( ) Não existe nº indicado<br>( ) Recusado<br>( ) Não procurado |
| Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.       |  | Data   | Assinatura                   | ( ) Endereço insuficiente<br>( ) Desconhecido                   |
|  |  | Data   | Entregador                   | ( ) Falecido<br>( ) Outros (anotar no verso)                    |

**Bradesco****237-2**

Recibo do Pagador

|  |                            |   |             |                                     |   |
|--|----------------------------|---|-------------|-------------------------------------|---|
| Local de Pagamento<br>REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO  |                            |   |             |                                     | Vencimento<br><b>14/08/2023</b>                     |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19<br>EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685  |                            |   |             |                                     | Agência/Código do Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 |
| Data do Documento<br>14/07/2023  | Nro.Documento<br>002560895 | Espécie Doc.<br>DM                                      | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>14/07/2023 | Nosso Número<br>09/00001049161-7                    |
| Uso do Banco   | Carteira<br>09             | Espécie<br>R\$  | Quantidade  | Valor                               | Valor do Documento<br><b>136,71</b>                 |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)   |                            |   |             |                                     | (-)Desconto/Abatimento                              |
| <p>APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br/>COBRAR JUROS DE R\$ 0,27 POR DIA DE ATRASO<br/>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br/>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).</p> |                            |   |             |                                     | (-)Outras Deduções                                  |
|  |                            |   |             |                                     | (+)Mora/Multa                                       |
|  |                            |   |             |                                     | (+)Outros Acréscimos                                |
|  |                            |   |             |                                     | (=)Valor Cobrado                                    |
| Pagador<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000   |                            | Código Interno: 000726-0001<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41 |             |                                     |   |



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

**Bradesco****237-2****23793.37609 90000.104910 61000.249401 4 94420000013671**

|  |                            |   |             |                                     |   |
|--|----------------------------|---|-------------|-------------------------------------|---|
| Local de Pagamento<br>REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO  |                            |   |             |                                     | Vencimento<br><b>14/08/2023</b>                     |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19<br>EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685  |                            |   |             |                                     | Agência/Código do Beneficiário<br>3376-6/00002494-5 |
| Data do Documento<br>14/07/2023  | Nro.Documento<br>002560895 | Espécie Doc.<br>DM                                      | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>14/07/2023 | Nosso Número<br>09/00001049161-7                    |
| Uso do Banco   | Carteira<br>09             | Espécie<br>R\$  | Quantidade  | Valor                               | Valor do Documento<br><b>136,71</b>                 |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)   |                            |   |             |                                     | (-)Desconto/Abatimento                              |
| <p>APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br/>COBRAR JUROS DE R\$ 0,27 POR DIA DE ATRASO<br/>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br/>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(OS) DEBITO(S).</p> |                            |   |             |                                     | (-)Outras Deduções                                  |
|  |                            |   |             |                                     | (+)Mora/Multa                                       |
|  |                            |   |             |                                     | (+)Outros Acréscimos                                |
|  |                            |   |             |                                     | (=)Valor Cobrado                                    |
| Pagador<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R.ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO<br>PONTAL - SP - 14180000   |                            | Código Interno: 000726-0001<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41 |             |                                     |   |



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 18/07/2023 10:20

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

4971

**Pedido de Compra**

|  |  |   |         |                                |           |
|--|--|---|---------|--------------------------------|-----------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               |  | Fornecedor: 47 - CM HOSPITALAR LTDA (CTL) |         | Data Ped: 14/07/2023           |           |
| 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                               |  |   |         |                                |           |
| 71183- 3 FRALDA GERIATRICA DESC. TAMANHO G-PACOTE- |  | Não Entregou                              |         |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       |  | 8,0000                                    | 12,4500 | 0,0000                         | 99,6000   |
| Complemento do item (8PCTS C/8 UNDS)               |  |   |         |                                |           |
| 121666- 1 ELETRODO DESC.ADULTO P/ MONITORIZAÇÃO-   |  | Não Entregou                              |         |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       |  | 100,0000                                  | 0,3711  | 0,0000                         | 37,1100   |
| Complemento do item                                |  |   |         |                                |           |

Totais:

Total Bruto dos itens: 136,7100

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                |   |                 |   |                |                 |
|-------------------|----------------|---|-----------------|---|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido | - | Desconto Pedido | + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 136,7100          | 0,0000         |   | 0,0000          |   | 0,0000         | 136,7100        |

  
 \_\_\_\_\_  
 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 90000.102542 05000.249408 1 94380000326553 |
| <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>               | 10/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 3.265,53   |
| <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>            | 3.265,53   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 3.265,53   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:03:51 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019486513        |
| <b>Chave de segurança:</b> | XPLJ1F6741M85LPG |

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

**mafra**  
 distribuidor de saúde

*ma*

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
 1-SAIDA

N. 001195147  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/03



CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
 3523 0712 4201 6400 0157 5500 1001 1951 4712 4859 1746

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

135231065545334 05/07/2023 22:30:23-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 562557602113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ  
 12.420.164/0001-57

|  |                           |                                |                               |
|--|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (000726-0001) |                           | CNPJ/CPF<br>55.110.753/0001-41 | DATA DE EMISSÃO<br>05/07/2023 |
| ENDEREÇO<br>R. ANANIAS COSTA FREITAS, 753  | BAIRRO/DISTRITO<br>CENTRO | CEP<br>14180-000               | DATA ENTRADA/SAÍDA            |
| MUNICÍPIO<br>PONTAL  | FONE/FAX<br>0161639531719 | UF<br>SP                       | HORA ENTRADA/SAÍDA            |

|                               |                         |                                    |                                    |                                      |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 001<br>10/08/2023<br>3.265,53 | VALOR DO ICMS<br>540,28 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>3.265,53 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00        | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>3.265,53      |

|   |                               |                            |                  |    |                                |
|---|-------------------------------|----------------------------|------------------|----|--------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL<br>T 2011 - HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR SA | FRETE POR CONTA<br>0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT                | PLACA DO VEICULO | UF | CNPJ/CPF<br>18.320.396/0001-10 |
| ENDEREÇO<br>RUA OSASCO - GALPAO D                       | MUNICÍPIO<br>CAJAMAR          | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | UF               | SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL             |

| 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.   | NUMERAÇÃO  |              |         |
|-----------|--|----------|-----|------|-----|--------|-------------|-----------|---------|------------|----------|-------------------|-----------|---------|------------|------------|------------|------------|--------------|---------|
|           |  |          |     |      |     |        |             |           |         |            |          |                   |           |         |            |            |            | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |         |
| 001945    | LUVA SENSITEX N<br>7,5 CX 200 P MJC<br>AMBO - MUCAMBO            | 40151200 | 500 | 5102 | CX  | 1,0000 | 298,000000  | 298,00    | 298,00  | 0,00       | 53,64    | 0,00              | 18,00%    | 0,00%   | 1          | 2306       | 28/02/2026 | 01/02/2023 | 22,0000      | 22,0000 |
| 012396    | SONDA ASP TRAQ N<br>12 EMBRAMEP PCTC<br>/20 2312P - EMBR         | 90183929 | 000 | 5102 | PCT | 2,0000 | 14,000000   | 28,00     | 28,00   | 0,00       | 5,04     | 0,00              | 18,00%    | 0,00%   | 2          | 2300012076 | 30/03/2026 | 01/04/2023 | 22,0000      | 22,0000 |
| 136385    | AMED<br>TESTE P/MONIT. E<br>VALID. ULTRASSON<br>. SONOCHECK CX C | 38221990 | 700 | 5102 | CX  | 1,0000 | 620,330000  | 620,33    | 620,33  | 0,00       | 111,66   | 0,00              | 18,00%    | 0,00%   | 1          | 402538     | 28/02/2024 | 01/02/2023 | 22,0000      | 22,0000 |

|  |                          |                          |                |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL<br>20000696  | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>ISENT O DE ICMS CONF. CONV. 01/99 - ANEXO I, ART. 14 DO RICMS - SP - Produto(s): 139005<br>ISENT O DE ICMS CONF. CONV. 126/10 - ANEXO, ART. 16 DO RICMS - SP - Produto(s): 139042<br>OC 4941 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023<br>Nosso Pedido: 99PMRB<br>A Vivevo 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 |                          |                          |                |
| Pedido: 99PMRB<br>Rep.: 001241   |                          | Volumes                  |                |
| Nº da OS   |                          | 1                        |                |
| 600002830073 (P)   |                          | 13                       |                |
| 600002830075 (G)   |                          | 14                       |                |
| Total  |                          | 14                       |                |

RESERVA DE CANCELAMENTO  
**F / F / 03**  
**RETOR: Fome...**

Identificação do emiteinte  
**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. 001195147  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 02/03



CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
 3523 0712 4201 6400 0157 5500 1001 1951 4712 4859 1746

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
 www.nfefe.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  
 135231065545334 05/07/2023 22:30:23-03-00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 562557602113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.  
 CNPJ  
 12.420.164/0001-57

| 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.    |
|-----------|---|----------|-----|------|----|-----------|-------------|-----------|---------|------------|----------|-------------|--------|----------|--------|------------|------------|------------|
| 139005    | /30 UND (G) - AM<br>COR<br>ATADURA GESSO 08<br>CMX2M CREMER UND<br>- CREMER | 90211099 | 540 | 5102 | UN | 40,00000  | 1,600000    | 64,00     | 0,00    | 0,00       | 0,00     | 0,00        | 0,00%  | 0,00%    | 40     | 881262311  | 30/03/2026 | 01/03/2023 |
| 139042    | ATADURA GESSO CY<br>SNE 10CMX3M CREM<br>ER UND - CREMER                     | 90211099 | 540 | 5102 | UN | 100,00000 | 2,000000    | 200,00    | 0,00    | 0,00       | 0,00     | 0,00        | 0,00%  | 0,00%    | 100    | 080262317  | 30/04/2026 | 01/04/2023 |
| 139479    | FITA MICROPOROSA<br>BRANCA 5CMX10M/P<br>ROCTEX UND - CR<br>EMER             | 30051030 | 000 | 5102 | UN | 36,00000  | 4,200000    | 151,20    | 151,20  | 0,00       | 27,22    | 0,00        | 18,00% | 0,00%    | 36     | 4686322E   | 30/05/2025 | 01/05/2023 |
| 199029    | EXTENSOR DE EQUI<br>PO ADULTO 12FR 1<br>.20ML LOCK - EM<br>BRAMED           | 90189010 | 000 | 5102 | UN | 100,00000 | 1,600000    | 160,00    | 160,00  | 0,00       | 28,80    | 0,00        | 18,00% | 0,00%    | 100    | 2300001497 | 31/12/2025 | 01/01/2023 |
| 203272    | CONECTOR LUER MA<br>CHO E FEMEA (VED<br>CAP) CX 200 UNID<br>- CREMER        | 90189010 | 200 | 5102 | CX | 1,00000   | 56,000000   | 56,00     | 56,00   | 0,00       | 10,08    | 0,00        | 18,00% | 0,00%    | 1      | 202209     | 18/09/2025 | 18/09/2022 |
| 209855    | ANGIOCATH 22G1 B<br>D UNID REF 3883<br>3514 - BECTON DI                     | 90183929 | 500 | 5102 | UN | 400,00000 | 2,110000    | 844,00    | 844,00  | 0,00       | 151,92   | 0,00        | 18,00% | 0,00%    | 400    | 3080265    | 30/03/2028 | 01/04/2023 |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
<https://www.vivo.com.br/compliance>

DADOS ADICIONAIS

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MERICORDIA DE PONTAL (000726-001)

DATA DE RECEBIMENTO

RECEBEMOS DE C M HOSPITALAR S.A. (RPO) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

TICKET



Nº 001195147  
 SÉRIE 1  
 EMPRESA 001001  
 000005364314

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. 001195147  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 03/03



CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
 3523 0712 4201 6400 0157 5500 1001 1951 4712 4859 1746

Consulta de autenticidade no portal nacional de 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  
 135231065545334 05/07/2023 22:30:23-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL 582557602113 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ 12.420.164/0001-57

| 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.    |
|----------------------------|--|----------|-----|------|----|----------|-------------|-----------|---------|------------|----------|-------------------|----------|---------|------------|------------|------------|
| 209882                     | CKINSON - IT (IN FUSION)<br>ANGIOCATH 20GA B D UNID REF 38833<br>314 - BECTON DIC KINSON - IT (INFUSION) | 90183929 | 500 | 5102 | UN | 400,0000 | 2,110000    | 844,00    | 844,00  | 0,00       | 151,92   | 0,00              | 18,00%   | 400     | 3080259    | 30/03/2028 | 01/04/2023 |
| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO |  |          |     |      |    |          |             |           |         |            |          |                   |          |         |            |            |            |

Nº e  
 Nº 001195147  
 SÉRIE 1  
 EMPRESA 001001  
 000005364314



TICKET

RECEBEMOS DE C M HOSPITALAR S.A. (RPO) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA A OLADO  
 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MSERICORDIA DE PONTAL (000726-001)

DATA DE RECEBIMENTO

Sacador/Avalista



PONTAL - SP - 14180000

R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO

Código Interno: 000726-001

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Pagador

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

O(S) DEBITO(S).

BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM  
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE  
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.

COBRAR JUROS DE R\$ 6,53 POR DIA DE ATRASO  
APÓS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Uso do Banco

05/07/2023  
Nro. Documento 001195147  
Carteira 09  
Espécie R\$

Quantidade  
Espécie Doc. DM  
Aceite N

Data do Processamento 05/07/2023  
Valor

Valor do Documento 09/00001025405-4  
(-) Desconto/Abatimento  
(-) Outras Deduções  
(+) Mora/Multa  
(+) Outros Acréscimos  
(=) Valor Cobrado

3.265,53

Data do Documento

AV. LUIZ MAGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57

Beneficiário/CNPJ/Endereço

REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO

Local de Pagamento



237-2

23793.37609 90000.102542 05000.249408 1 94380000326553

Sacador/Avalista



PONTAL - SP - 14180000

R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO

Código Interno: 000726-001

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Pagador

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

O(S) DEBITO(S).

BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM  
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE  
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.

COBRAR JUROS DE R\$ 6,53 POR DIA DE ATRASO  
APÓS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Uso do Banco

05/07/2023  
Nro. Documento 001195147  
Carteira 09  
Espécie R\$

Quantidade  
Espécie Doc. DM  
Aceite N

Data do Processamento 05/07/2023  
Valor

Valor do Documento 09/00001025405-4  
(-) Desconto/Abatimento  
(-) Outras Deduções  
(+) Mora/Multa  
(+) Outros Acréscimos  
(=) Valor Cobrado

3.265,53

Data do Documento

AV. LUIZ MAGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

C M HOSPITALAR S.A. (RPO) - CNPJ: 12.420.164/0001-57

Beneficiário/CNPJ/Endereço

REALIZAR PAGAMENTO SOMENTE POR MEIO DESTA BOLETO BANCARIO

Local de Pagamento



237-2

Recibo do Pagador

Recebi(emos) o boleto/título com as características acima.

Pagador  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Pagador  
C M HOSPITALAR S.A. (RPO) CNPJ: 12.420.164/0001-57

Agência/Cód. Beneficiário  
3376-6/00002494-5

Valor do Documento  
3.265,53

Vencimento  
10/08/2023

Data  
10/08/2023

Data  
10/08/2023

Assinatura

Entregador

- ( ) Mudou-se
- ( ) Ausente
- ( ) Não existe nº indicado
- ( ) Recusado
- ( ) Não procurado
- ( ) Endereço insuficiente
- ( ) Desconhecido
- ( ) Falecido
- ( ) Outros (anotar no verso)

Comprovante de Entrega

237-2



SIM-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 05/07/2023 16:37

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

4941

## Pedido de Compra

| Tipo Pedido: PRODUTO  |   | Fornecedor: 1 - CM HOSPITALAR LTDA (RPO) |                     | Data Ped: 05/07/2023 |           |
|---|---|--|---------------------|----------------------|-----------|
| Prz.Entr: 7 DIAS  |   | Cond.Pagto: 40 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   | Qtđ * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) = |  |                     |                      | Vlr.Total |
| Observação do Pedido  |   |  |                     |                      |           |
| 3994- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 20-UNIDADE-<br>(4) FARMÁCIA     | 400,0000                                | 2,1100                                   | 0,0000              | 0,0000               | 844,0000  |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 3995- 1 CATETER INTRAV.PERIFERICO N 22-UNIDADE-<br>(4) FARMÁCIA     | 400,0000                                | 2,1100                                   | 0,0000              | 0,0000               | 844,0000  |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 4017- 1 LUVA CIRURGICA ESTERIL 7.5-PAR-<br>(4) FARMÁCIA             | 200,0000                                | 1,4900                                   | 0,0000              | 0,0000               | 298,0000  |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 4026- 2 MICROPORE 50X10 1000CM-ROLO-<br>(4) FARMÁCIA                | 36,0000                                 | 4,2000                                   | 0,0000              | 0,0000               | 151,2000  |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 4042- 1 SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DESC N.12-UNIDADE-<br>(4) FARMÁCIA | 40,0000                                 | 0,7000                                   | 0,0000              | 0,0000               | 28,0000   |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 4050- 1 SONOTECH TESTE PARA LAVADORA ULTRASSONICA-<br>(4) FARMÁCIA  | 1,0000                                  | 620,3300                                 | 0,0000              | 0,0000               | 620,3300  |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 4672- 1 CONECTOR PARA LUER MACHO E FEMEA (VEDCAP)-<br>(4) FARMÁCIA  | 200,0000                                | 0,2800                                   | 0,0000              | 0,0000               | 56,0000   |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 50209- 1 ATADURA GESSADA 08CM -UNIDADE-MARCA<br>(4) FARMÁCIA        | 40,0000                                 | 1,6000                                   | 0,0000              | 0,0000               | 64,0000   |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 50210- 1 ATADURA GESSADA 10CM-UND-CREMER S.A<br>(4) FARMÁCIA        | 100,0000                                | 2,0000                                   | 0,0000              | 0,0000               | 200,0000  |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |
| 68238- 1 EXTENSOR DE SERINGA 120CM-UNIDADE-MARCA<br>(4) FARMÁCIA    | 100,0000                                | 1,6000                                   | 0,0000              | 0,0000               | 160,0000  |
| Complemento do item   |   |  |                     |                      |           |

S#H-R<HCMP0004>

Emissão 05/07/2023 16:37

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

4941

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 1 - CM HOSPITALAR LTDA (RPO)      Data Ped: 05/07/2023  
 Prz.Entr: 7 DIAS      Cond.Pagto: 40 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

Totais:

Total Bruto dos itens: 3.265,5300

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 3.265,5300        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 3.265,5300      |

  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS

  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

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 02223.081007 01082.193176 7 94380000053820 |
| <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>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>11.872.656/0001-10</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>               | 10/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boletto:</b>         | 538,20     |
| <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>            | 538,20     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 538,20     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:04:07 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019485171        |
| <b>Chave de segurança:</b> | 2QL1M7SCH6UMYU3Q |

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**  
 R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2921 - GALPAOD  
 Bairro JARDIM INDEPENDENCIA, CRAVINHOS, SP  
 Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

LOGISTICA HOSPITALAR

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA  
 Nº 58.798  
 SÉRIE 1 FOLHA 1/1

CHAVE-DE ACESSO  
**3523 0711 8726 5600 0200 5500 1000 0587 9813 7689 2095**

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

PROTÓTIPO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135231063996208 05/07/2023 17:29:47

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO  
 11.872.656/0002-00

RAZÃO/SOZIAL  
 IREMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

ENDEREÇO  
 R ANANIAS COSTA FREITAS Nº 753

MUNICÍPIO  
 PONTAL

CEP  
 14.180-000

UF  
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA  
 17:31:23

DATA DA EMISSÃO  
 05-07-2023

VALOR DO ICMS  
 538,20

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
 0,00

VALOR DO IPT  
 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
 538,20

VALOR TOTAL DA NOTA  
 538,20

CFOP  
 5102UN

UNID  
 UN

QTD  
 10

VALOR UNITARIO  
 65,00

DESCONTO  
 0,00

VALOR DESCONTO  
 0,00

VALOR TOTAL  
 65,00

BC ICMS  
 7,80

VALOR BC ICMS  
 65,00

VALOR ICMS  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

VALOR ICMS ST  
 0,00

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSON

0,00

VALOR DO ISSON

0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ICMS ALIQUOTA 12%, SERINGA E AGULHAS CONF ART 54. INCISO XV ITEM A E B RICMS-SP  
 PEDIDO 4937 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 T. A. N. 004/2023 ( ) ( ) ( ) ( )

RECEBIVO

DATA: 06/07/23

SETOR:

Farmacia





BANCO DO BRASIL S/A | 001-9 |

RECIBO DO SACADO

|  |                    |                |             |                                  |  |   |
|--|--------------------|----------------|-------------|----------------------------------|--|---|
| Cedente/Sacado:<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.<br>11.872.656/0002-00  |                    |                |             |                                  |  | Vencimento:<br>10/08/2023                   |
| Data do Documento<br>05/07/2023  |                    |                |             |                                  |  | Agência/Código Cedente<br>2591-7 / 102525-2 |
| Número do Documento<br>58798 - 1   |                    | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>05/07/2023 |  | Nosso Número<br>22230810001082193           |
| Uso do Banco   | Carteira<br>17/019 | Espécie<br>R\$ | Quantidade  | Valor                            |  | (=) Valor do Documento<br>538,20            |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)<br><br>APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ R\$ 1,08 POR DIA DE ATRASO.<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE |                    |                |             |                                  |  | (-) Desconto/Abatimento<br>0,00             |
|  |                    |                |             |                                  |  | (+) Mora/Multa                              |
|  |                    |                |             |                                  |  | (+) Outros Acréscimos                       |
|  |                    |                |             |                                  |  | (=) Valor Cobrado                           |
| Sacador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14.180-000-PONTAL -SP<br>Sacador/Avalista  |                    |                |             |                                  |  |   |
| Autenticação Mecânica  |                    |                |             |                                  |  |   |



BANCO DO BRASIL S/A | 001-9 | 00190.00009 02223.081007 01082.193176 7 94380000053820

|  |  |                                  |                |                |             |   |
|--|--|----------------------------------|----------------|----------------|-------------|---|
| Local do Pagamento:<br>Pagável preferencialmente no Banco do Brasil  |  |                                  |                |                |             | Vencimento:<br>10/08/2023                   |
| Cedente/Sacado:<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.  |  |                                  |                |                |             | Agência/Código Cedente<br>2591-7 / 102525-2 |
| Data do Documento<br>05/07/2023  |  | Número do Documento<br>58798 - 1 |                | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>05/07/2023            |
| Uso do Banco   |  | Carteira<br>17/019               | Espécie<br>R\$ | Quantidade     | Valor       |   |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)<br><br>APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ R\$ 0,72 POR DIA DE ATRASO.<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE |  |                                  |                |                |             | (-) Desconto/Abatimento<br>0,00             |
|  |  |                                  |                |                |             | (+) Mora/Multa                              |
|  |  |                                  |                |                |             | (+) Outros Acréscimos                       |
|  |  |                                  |                |                |             | (=) Valor Cobrado                           |
| Sacado IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14.180-000-PONTAL -SP<br>Sacador/Avalista   |  |                                  |                |                |             |   |
| Ficha de Compensação/Autenticação Mecânica   |  |                                  |                |                |             |   |



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 05/07/2023 16:27

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

4937

**Pedido de Compra**

| Tipo Pedido: PRODUTO                               |          | Fornecedor: 273 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD SP) |              | Data Ped: 05/07/2023           |           |
|--|----------|---|--------------|--------------------------------|-----------|
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   |          | Cond.Pagto: 40 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                               |          |   |              |                                |           |
| 47958- 1 AGULHA DESCARTAVEL 40X12-UNIDADE-MARCA    |          |   | Não Entregou |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 1.000,00 | 0,0650  | 0,0000       | 0,0000                         | 65,0000   |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |           |
| 86496- 1 SERINGA DE INSULINA 1ML C/AG 13X4,5-      |          |   | Não Entregou |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 300,0000 | 0,1640  | 0,0000       | 0,0000                         | 49,2000   |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |           |
| 86538- 1 SERINGA DESC.20ML BICO SLIP-UNIDADE-MARCA |          |   | Não Entregou |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 1.000,00 | 0,3620  | 0,0000       | 0,0000                         | 362,0000  |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |           |
| 92253- 1 TOUCA DESCARTAVEL BRANCA COM ELASTICO-    |          |   | Não Entregou |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 10,0000  | 6,2000  | 0,0000       | 0,0000                         | 62,0000   |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |           |

Totais:

Total Bruto dos itens: 538,2000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 538,2000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 538,2000        |


  
 \_\_\_\_\_  
 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\$ 600,96  |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores                    |
| <b>Identificação da operação:</b> | 017065  |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:08:33 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00118843         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 9K8NVVELG77FV07E |

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

**BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALAR  
LTDA-EPP**

RUA TAMBAU, 358  
VILA ELISA - RIBEIRAO PRETO - SP  
CEP: 14075-010 Fone: (16)3877-4913

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000.017.065

SÉRIE: 1

FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0717 4418 3900 0168 5500 1000 0170 6519 0804 6228

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

135231113185704 12/07/2023 15:11:46

INSCRIÇÃO ESTADUAL

582.946.900.111

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

17.441.839/0001-68

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ/CPF/Estrangeiro

55.110.753/0001-41

DATA DE EMISSÃO

12/07/2023

ENDEREÇO

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

PONTAL

FONE/FAX

(16)3953-1719

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

001 10/08/23 R\$ 600,96

CÁLCULO DO IMPOSTO

| 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 |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 600,96                  | 108,17          | 0,00                                 | 0,00                       | 130,11                        | 600,96                   |
| 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                          | 600,96                   |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| RAZÃO SOCIAL  | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO   | UF         | CNPJ/CPF           |
|---|-----------------|-------------|--------------------|------------|--------------------|
| BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA EPP | 0-Rem (CIF)     |             |                    |            | 17.441.839/0001-68 |
| ENDEREÇO  | MUNICÍPIO       | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |                    |
| RUA TAMBAU ,358                                     | RIBEIRAO PRETO  | SP          | 582.946.900.111    |            |                    |
| QUANTIDADE  | ESPÉCIE         | MARCA       | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO       |
| 1   | VOL             |             | 0                  |            |                    |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO   | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BC ICMS | VALOR ICMS | ALIQ. ICMS | VLR APROX. TRIBUTOS |
|----------------|--|----------|-----|------|-------|--------|----------------|-------------|---------|------------|------------|---------------------|
| VM0021         | ASPIRADOR VACUOMETRO STANDARD REDE VACUO 500ML COD. 5796 PROTEC - Lote * Data Venc.: 101791001 * | 90192010 | 000 | 5102 | UN    | 4      | 150,24         | 600,96      | 600,96  | 108,17     | 18         | 130,11              |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- PEDIDO N. 4933 CONVENIO N. 002/2022 T.A N. 004/2023 /// EMPRESA ENQUADRADA NO REGIME ESPECIAL CF ARTIGO 482 INC 3 DO RICMS, APROVADO PELO DECRETO 45.490 DE 30/11/2000

RESERVA

RECEBIDO: leDATA: 12 / 07 / 23SETOR: Farmácia

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 05/07/2023 15:43

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

4933

**Pedido de Compra**

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 152 - BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS | Data Ped: 05/07/2023           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   | Cond.Pagto: 40 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                               |   |                                |
| 182333- 1 VACUOMETRO COM FRASCO-PECA-              | Não Entregou                                    |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 4,0000 150,2400 0,0000 0,0000                   | 600,9600                       |
| Complemento do item                                | PROTEC COMPLETO                                 |                                |

Totais:

Total Bruto dos itens: 600,9600

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 600,9600          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 600,9600        |

  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS

  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

756  
3214  
52538-3.



## 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>             | 6504 / 00000001062-6                 |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                             |
| <b>Nome:</b>                      | CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA        |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 02.736.951/0001-59                   |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 5.907,80                         |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                             |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores       |
| <b>Identificação da operação:</b> |                                      |
| <b>Histórico:</b>                 |                                      |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:08:49 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00118766         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 29R22FFKR8956RCP |

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



CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623
MONTE ALEGRE
RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14.051-150
Fone: (16) 3963-2829

DANFE

Documento Auxiliar
da Nota Fiscal
Eletrônica

0 - ENTRADA 1
1 - SAIDA

No: 056.325

Série: 1 FL: 1 / 1

CONTROLE DO FISCO



Table with 2 main rows: Natureza da Operação (Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros) and Inscrição Estadual (582475777112).

Table with 2 main rows: Destinatário Remetente (Nome Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL) and Endereço (Rua Ananias Costa Freitas, 753).

Table with 1 row: Fatura (001 R\$ 1.119,80 14/08/2023 |)

Table with 2 rows: Calculo do Imposto (Base de cálculo do ICMS: 1.119,80; Valor do ICMS: 177,12) and Valor do Frete (0,00).

Table with 2 rows: Transportador/Volumes Transportados (Razão Social, Endereço) and Dados do Produto/Serviços (Quantidade: 4 CAIXAS; Peso Bruto: 19,000).

Main table with 14 columns: 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.

Table with 2 rows: Cálculo do ISSQN (Inscrição Municipal, Valor Total dos Serviços, Base de Cálculo do ISSQN, Valor do ISSQN).

Table with 2 rows: Dados Adicionais (Informações Complementares) and Recebido (RESERVADO ACFISCO RECEBIDO, DATA: 17/07/23).

Table with 2 rows: Informações Complementares (pedido de compra n. 4969) and Setor (SETOR: No: 056.325, SÉRIE: 1 FL: 1 / 1).



SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 14/07/2023 10:06

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

4969

**Pedido de Compra**

| Tipo Pedido: PRODUTO                               |  | Fornecedor: 2 - CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA |              | Data Ped: 14/07/2023           |        |           |
|--|--|---|--------------|--------------------------------|--------|-----------|
| 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                               |  |   |              |                                |        |           |
| 47934-   | 1 AGULHA DESCARTAVEL 25X8-UNIDADE-MARCA    |   | Não Entregou |                                |        |           |
| (4)  | FARMÁCIA                                   | 1.500,00                                      | 0,0736       | 0,0000                         | 0,0000 | 110,4000  |
| Complemento do item                                |  |   |              |                                |        |           |
| 48264-   | 2 AGULHA RAQUI SPINAL 25G X 3 1/2-UNIDADE- |   | Não Entregou |                                |        |           |
| (4)  | FARMÁCIA                                   | 50,0000                                       | 5,9400       | 0,0000                         | 0,0000 | 297,0000  |
| Complemento do item                                |  |   |              |                                |        |           |
| 121666-  | 1 ELETRODO DESC.ADULTO P/ MONITORIZAÇÃO-   |   | Não Entregou |                                |        |           |
| (4)  | FARMÁCIA                                   | 500,0000                                      | 0,2600       | 0,0000                         | 0,0000 | 130,0000  |
| Complemento do item                                |  |   |              |                                |        |           |
| 124311-  | 1 EXTENSAO ASPIRACAO 3 METROS PVC-UNIDADE- |   | Não Entregou |                                |        |           |
| (4)  | FARMÁCIA                                   | 140,0000                                      | 4,1600       | 0,0000                         | 0,0000 | 582,4000  |
| Complemento do item                                |  |   |              |                                |        |           |

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.119,8000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 1.119,8000        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 1.119,8000      |


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623  
MONTE ALEGRE  
RIBEIRAO PRETO - SP  
CEP: 14.051-150  
Fone: (16) 3963-2829

DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA 1  
1 - SAIDA

No: 056.006

Série: 1 FL: 1 / 1

CONTROLE DO FISCO



NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICACAO NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR

3523.0702.7369.5100.0159.5500.1000.0560.0616.7973.8188

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
582475777112

INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
02.736.951/0001-59

Protocolo de autorização

135231051748477 - 04/07/2023 09:24:10

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ/CPF

55.110.753/0001-41

DATA EMISSÃO

04/07/2023

ENDEREÇO

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14.180-000

DATA DA SAÍDA

04/07/2023

MUNICÍPIO

PONTAL

FONE / FAX

(16) 3953-1716

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA

001 R\$ 4.788,00 10/08/2023 |

CALCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |                                    |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 2.793,32                | 335,20          | 0,00                               | 0,00                       | 4.788,00                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                           | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR IPI                |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                               | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                                    |                            | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                                    |                            | 4.788,00                 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                  |             |                    |            |              |
|--------------|----------------------------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA                  | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO      | UF         | CNPJ/CPF     |
|              | 1 - EMITENTE<br>2 - DESTINATARIO | 1           |                    |            |              |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO                        | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |              |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE                          | MARCA       | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
| 24           | CAIXAS                           |             |                    |            |              |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

| 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 |
|----------------|--|----------|-----|------|-----|-------|----------------|-------------|-----------------|------------|-----------|-----------|----------|
| 702            | CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML BO-PVC - C/50 JP<br>Validade: 15/06/2025 Lote: 1901 23 | 30049099 | 020 | 5102 | UN  | 1.200 | 3,9900         | 4.788,00    | 2.793,32        | 335,20     | 0,00      | 12,00     | 0,00     |

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

pedido: 4919  
TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 ? T. A. N. 004/2023

BANCO DO BRASIL  
AG: 6504-8  
C/C: 1082-8  
NCM:300490991-ALIQ. 0 DE PIS E COFINS, CONFORME ART. II DA LEI 10147/00 ALIQ. ICMS CONF ART 54 INC XVII RICMS/00/SP E REDUCAO BASE CALC RED CONF ANEXO II ART 62 RICMS/SP

DATA: 04 / 7 / 23

RESERVADO AO FISCO

SETOR: *[assinatura]*

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado.  
Emissão: 04/07/2023 Destinatário: IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONT Valor Total: 4.788,00

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
No: 056.006  
SÉRIE: 1 FL: 1 / 1

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 03/07/2023 15:38

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

4919

**Pedido de Compra**

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 2 - CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA | Data Ped: 03/07/2023              |
| Prz. Entr: 7 DIAS                                  | Cond. Pagto: 45 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-  | Não Entregou                                  |                                   |
| (4) FARMÁCIA                                       | 1.200,00 3,9900 0,0000 0,0000                 | 4.788,0000                        |
| Complemento do item                                |   |                                   |

Totais:

Total Bruto dos itens: 4.788,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 4.788,0000        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 4.788,0000      |


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO

001  
6504  
1062-6.

5907.80.



## 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>             | 6520 / 00000104069-3                    |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                                |
| <b>Nome:</b>                      | LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 49.228.695/0001-52                      |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 534,90                              |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                                |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores          |
| <b>Identificação da operação:</b> |   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:09:04 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00118678         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 5NHV7CUES1QKAK3W |

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



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: 000.247.938  
SÉRIE: 0 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0749 2286 9500 0152 5500 0000 2479 3811 8990 0888

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

135231076006136 07/07/2023 09:27:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
310049440111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

49.228.695/0001-52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

Irmadade da Santa Casa de Misericordia de Pontal

CNPJ / CPF

55.110.753/0001-41

DATA DE EMISSÃO

07/07/2023

ENDEREÇO

Rua Ananias Costa Freitas, 753

BAIRRO

Centro

CEP

14180-000

DATA DE SAÍDA

07/07/2023

MUNICÍPIO

Pontal

FONE / FAX

(16)3953-1716

ESTADO

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATAS

| Número | Vencido    | Valor  |
|--------|------------|--------|
| 001    | 06/08/2023 | 534,90 |

10/08/23

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS |                 | VALOR DO ICMS | BASE CÁLCULO DO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS   |
|-------------------------|-----------------|---------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------|
| 534,90                  |                 | 96,28         | 0,00                        | 0,00                 | 534,90                     |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO      | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS     | VALOR DO IPI         | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL |
| 0,00                    |                 | 0,00          | 0,00                        |                      | 534,90                     |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| NOME / RAZÃO SOCIAL                     |          |       | FRETE POR CONTA              | CODIGO ANTT | PLACA VEICULO      | UF           | CNPJ               |
|---|----------|-------|------------------------------|-------------|--------------------|--------------|--------------------|
| NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA-ME |          |       | 0-EMITENTE<br>1-DESTINATÁRIO | 0           |                    |              | 15.066.184/0001-60 |
| ENDEREÇO                                |          |       | MUNICÍPIO                    | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |              |                    |
| RUA MARIA CERON VOLPE, 2260             |          |       | SÃO JOSÉ DO RIO PRETO        | SP          | 647598751114       |              |                    |
| QUANTIDADE                              | ESPÉCIE  | MARCA | NUMERAÇÃO                    | PESO BRUTO  |                    | PESO LIQUIDO |                    |
| 2                                       | Caixa(s) |       |                              | 13,00       |                    | 0,00         |                    |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| COD PROD | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO   | NCM/SH     | CST | CFOP | UNID | QUANT. | VALOR    | VALOR  | VALOR | BASE CALC | VALOR | VALOR | ALÍQUOTAS |      |
|----------|--|------------|-----|------|------|--------|----------|--------|-------|-----------|-------|-------|-----------|------|
|          |  |            |     |      |      |        | UNITÁRIO | TOTAL  | DESC  | ICMS      | ICMS  | IPI   | ICMS      | IPI  |
| 029617   | DRENO PENROSE EST. S/GAZE N.02 1UN MADEITEX<br>Lote:141022DR Qtde: 16 Venc: 14/10/2025 | 9018.39.21 | 000 | 5102 | PCT  | 16,00  | 1,9000   | 30,40  | 0,00  | 30,40     | 5,47  | 0,00  | 18,00     | 0,00 |
| 037519   | ALGODAO 500G NEVOA<br>Lote:010218F Qtde: 20 Venc: 30/06/2027                           | 3005.90.90 | 000 | 5102 | RL   | 20,00  | 14,4000  | 288,00 | 0,00  | 288,00    | 51,84 | 0,00  | 13,00     | 0,00 |
| 055224   | PULSEIRA PIDENTIFICACAO INFANTIL BCA.<br>Lote:1220704045 Qtde: 100 Venc: 04/07/2025    | 3926.90.90 | 000 | 5102 | UND  | 100,00 | 0,7550   | 75,50  | 0,00  | 75,50     | 13,59 | 0,00  | 18,00     | 0,00 |
| 063290   | FRASCO DIET 300ML PREMA<br>Lote:--- Qtde: 100 Venc: 31/03/2026                         | 3923.29.90 | 000 | 5102 | UND  | 100,00 | 0,8900   | 89,00  | 0,00  | 89,00     | 16,02 | 0,00  | 18,00     | 0,00 |
| 063573   | SONDA FOLEY 2V B30CC N.16 MEDIX<br>Lote:2202216 Qtde: 20 Venc: 30/03/2027              | 9018.39.21 | 100 | 5102 | PCT  | 20,00  | 2,8000   | 52,00  | 0,00  | 52,00     | 9,36  | 0,00  | 18,00     | 0,00 |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lista Positiva 105,90 Lista Neutra 429,00  
Televendas LARA - Conferente Lia - End. Conf. A  
Local Entrega Rua Ananias Costa Freitas, 753 Bairro Centro  
DEPOSITO BANCO DO BRASIL - CONTA AG. 6520-X C/C. 104069-3  
No. Pedido 4936 TERMO DE CONVENIO N 002/2022 T. A N 004/2023

Cliente: 529 Pedido: 604568

Impresso em 07/07/2023 09:35:40 por Paula Cervilha

RECEBIDO:

Raquel

DATA:

08 / 07 / 23

RESERVADO AO FISCO

SETOR:

Farmacia

SIH-R&lt;HCOMP0004&gt;

Emissão 06/07/2023 09:37

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

4936

**Pedido de Compra**

| Tipo Pedido:                                       | PRODUTO                                 | Fornecedor:       | 39 - LUMAR COM DE PROD FARMACEUTICOS LTDA | Data Ped:     | 05/07/2023 |
|--|---|-------------------|---|---------------|------------|
| Prz.Entr:  | 7 DIAS                                  | Cond.Pagto:       | 40 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                               |   |                   |   |               |            |
| 48653- 1 ALGODAO HIDROFILO PACOTE COM 500G-PACOTE- | Não Entregou                            |                   |   |               |            |
| (4) FARMÁCIA                                       | 20,0000                                 | 14,4000           | 0,0000                                    | 0,0000        | 288,0000   |
| Complemento do item                                |   |                   |   |               |            |
| 65651- 1 DRENO PENROSE ESTERIL N 2-UNIDADE-MARCA   | Não Entregou                            |                   |   |               |            |
| (4) FARMÁCIA                                       | 16,0000                                 | 1,9000            | 0,0000                                    | 0,0000        | 30,4000    |
| Complemento do item                                |   |                   |   |               |            |
| 71304- 1 FRASCO DE ALIMENTACAO ENTERAL 300ML-      | Não Entregou                            |                   |   |               |            |
| (4) FARMÁCIA                                       | 100,0000                                | 0,8900            | 0,0000                                    | 0,0000        | 89,0000    |
| Complemento do item                                |   |                   |   |               |            |
| 83732- 1 PULSEIRA IDENTIFICACAO INFANTIL-UNIDADE-  | Não Entregou                            |                   |   |               |            |
| (4) FARMÁCIA                                       | 100,0000                                | 0,7550            | 0,0000                                    | 0,0000        | 75,5000    |
| Complemento do item                                |   |                   |   |               |            |
| 88742- 1 SONDA FOLEY BALÃO-30 N.16 2 VIAS-UNIDADE- | Não Entregou                            |                   |   |               |            |
| (4) FARMÁCIA                                       | 20,0000                                 | 2,6000            | 0,0000                                    | 0,0000        | 52,0000    |
| Complemento do item                                |   |                   |   |               |            |

Totais:

Total Bruto dos itens: 534,9000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 534,9000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 534,9000        |

  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS

  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

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 02970.983009 00010.450179 1 94490000044200 |
| <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>MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>      |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>13.046.855/0001-03</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRMAND. SANTA CASA DE MIS. 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>               | 21/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boletto:</b>         | 442,00     |
| <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>            | 442,00     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 442,00     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:04:22 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019484185        |
| <b>Chave de segurança:</b> | Q2CN4K0GY3KCQYWQ |

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  
**MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI**  
 Rua Heróides Maciel de Oliveira Pontes, 949  
 Bairro: Sao Bernardo IV  
 15132-176 Mirassol - SP  
 mirassolmed@mirassolmed.com.br  
 Fone: (17)3242-1509

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0 - ENTRADA **1**  
 1 - SAÍDA  
 Nº 76.132  
 SÉRIE: 1  
 FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO  
 3523.0713.0468.5500.0103.5500.1000.0761.3210.0557.5205

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  
 135231175117893 - 21/07/2023 17:12:00

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**5405 VENDA C SUBSTITUICAO DENTRO DO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL 451.039.440.113 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 13.046.855/0001-03

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME - RAZÃO SOCIAL IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL CNPJ 55.110.753/0001-41 DATA EMISSÃO 21/07/2023

ENDEREÇO RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 14180-000 DATA DA SAÍDA 21/07/2023

MUNICÍPIO Pontal FONE / FAX (169)9110-0279 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 17:12:56

**INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA**

NOME - RAZÃO SOCIAL CPF/CNPJ INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO BAIRRO/DISTRITO CEP

MUNICÍPIO UF FONE / FAX

**FATURA/DUPLICATAS**  
 76132/1 - 21/08/23 - 442,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                       | 0,00                       | 442,00                   |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI             |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                       | 0,00                       | 0,00                     |
| VALOR TOTAL DA NOTA     |                 |                            |                            | ALÍQ. IPI                |
| 442,00                  |                 |                            |                            |                          |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E T FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 0-1-DESTINATARIO 0 CÓDIGO ANNT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF 15.066.184/0001-60

ENDEREÇO RUA MARIA CERON VOLPE, 2260 MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DO RIO PRETO UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 647.598.751.114

QUANTIDADE 1 ESPECIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO 5,6100 PESO LÍQUIDO 5,6100

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CODIGO PRODUTO NCM/US | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO  | CST CFOP | UNID | QTD     | VALOR UNITÁRIO | VLR. DESC UNIT /PERC. | VALOR TOTAL | BASE CALC. ICMS | VALOR ICMS/ST. Cobrável | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS |
|-----------------------|---|----------|------|---------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------|-------------------------|-----------|------------|
| 1451 30049041         | (+) IPRATROPIO, BROMIETO 0,25 MG/ML GOTAS 20 ML Lote: 020623 - 30/01/2025 Qide: 60,00 Numero da FCE: C684F665-7A4C-4DA0-B41A-0D70402C7C65 / CEST: 13.002.00 | 060 5405 | FR   | 60,0000 | 3,9000         | 0,0000 0,0000%        | 234,00      | 0,00            | 0,00 0,00               | 0,00      | 0,00       |
| 2168 30049099         | (+) ÁGUA DESTILADA C/ 200 AP 10 ML PLAST Lote: 2330768 - 30/04/2025 Qide: 2,00 / CEST: 13.004.00  | 060 5405 | CX   | 2,0000  | 104,0000       | 0,0000 0,0000%        | 208,00      | 0,00            | 0,00 0,00               | 0,00      | 0,00       |

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 Pgto no BANCO DO BRASIL MIRASSOL AG. 0111-2 C/C 28370-3 - informe pagt. por e-mail / Prezado Cliente - Qualquer Divergencia em Relacao a este pedido serao aceitas reclamacoes em ate 24 hrs. / PEDIDO 4976 - TERMO DE CONVENIO 002/2022 - T.A. 004/2023 / Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria conforme decreto lei 52.515 -Art.313-A do RICMS/00 / PRODUTOS ISENTOS DE PIS E COFINS, CONFORME LEI 10.147/2000. TOTAL DE ITENS ISENTOS DE PIS/COFINS R\$ 442,00 / Pedidos de Venda: 71411 Tributo aproximado R\$: 59,45 Federal R\$: 53,04 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO  
 DATA: 26/07/23  
 SETOR: *Somaria*

|   |                               |                                   |                              |   |  |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---|--|
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI |                               | Ag./Cod. Cedente<br>0111-2/2837-0 |                              | Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)<br><br><input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº<br><input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Falecido<br><input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> End. Insuf. <input type="checkbox"/> Outros |  |
| Sacado<br>IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL          |                               | Nosso Número<br>29.709.830.000-0  |                              |   |  |
| Vencimento<br>21/08/2023                                | N. do Documento<br>76132/INFE | Espécie<br>R\$                    | Valor do Documento<br>442,00 |   |  |
| Recebi(emos) o bloquete de características acima        | Data                          | Assinatura                        | Data                         | Entregador  |  |

|  |                                |                    |             |                                     |   |  |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|---|--|
| Local Pagamento<br>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO  |                                |                    |             |                                     | Vencimento<br>21/08/2023                  |  |
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI  |                                |                    |             |                                     | Agência / Código Cedente<br>0111-2/2837-0 |  |
| Data do Documento<br>21/07/2023  | No. do Documento<br>76132/INFE | Espécie Doc.<br>02 | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>21/07/2023 | Nosso Número<br>29.709.830.000-0          |  |
| Uso do Banco   | Carteira<br>17-027             | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                               | Valor do Documento<br>442,00              |  |
| Instruções<br>*<br>WWW.BB.COM.BR<br>OPÇÃO: 2º VIA OU ATUALIZAR VENCIDO<br>TEL: (17) 3242-1509 - FINANCEIRO |                                |                    |             |                                     | (-) Desconto / Abatimento                 |  |
|  |                                |                    |             |                                     | (-) Outras Deduções (Abatimento)          |  |
|  |                                |                    |             |                                     | (+) Mora / Multa                          |  |
|  |                                |                    |             |                                     | (+) Outros Acréscimos                     |  |
|  |                                |                    |             |                                     | (=) Valor Cobrado                         |  |

Sacado: IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753  
14180000 - PONTAL - SP

Cod. Interno: 00002624  
CNPJ: 55110753000141

Sacado / Avalista:

Autenticação Mecânica

Recibo do Sacado

|  |                                |                    |             |                                     |   |  |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|---|--|
| Local Pagamento<br>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO  |                                |                    |             |                                     | Vencimento<br>21/08/2023                  |  |
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI  |                                |                    |             |                                     | Agência / Código Cedente<br>0111-2/2837-0 |  |
| Data do Documento<br>21/07/2023  | No. do Documento<br>76132/INFE | Espécie Doc.<br>02 | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>21/07/2023 | Nosso Número<br>29.709.830.000-0          |  |
| Uso do Banco   | Carteira<br>17-027             | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                               | Valor do Documento<br>442,00              |  |
| Instruções<br>*<br>WWW.BB.COM.BR<br>OPÇÃO: 2º VIA OU ATUALIZAR VENCIDO<br>TEL: (17) 3242-1509 - FINANCEIRO |                                |                    |             |                                     | (-) Desconto / Abatimento                 |  |
|  |                                |                    |             |                                     | (-) Outras Deduções (Abatimento)          |  |
|  |                                |                    |             |                                     | (+) Mora / Multa                          |  |
|  |                                |                    |             |                                     | (+) Outros Acréscimos                     |  |
|  |                                |                    |             |                                     | (=) Valor Cobrado                         |  |

Sacado: IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753  
14180000 - PONTAL - SP

COD. INTERNO: 00002624  
CNPJ: 55110753000141

Sacado / Avalista:

Código de Barra



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

## Informações da Carta de Correção

Lote: 3323

Sequencial do evento: 1

Data/Hora do evento: 25/07/2023 16:36:03

### Texto da Carta de Correção

FAVOR CONSIDERAR NO CAMPO QUANTIDADE: 3 VOLUMES

### Condições de Uso da Carta de Correção

A Carta de Correção é disciplinada pelo parágrafo 1o-A do art. 7o do Convenio 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.



MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS EI C.N.P.J: 13046855000103

Página: 1/1

## CC-e Carta de Correção

### Informações da NF-e

Nº: 76132

Série: 1

Entrada/Saida: S

Data de emissão: 21/07/2023 00:00:00

Protocolo de Autorização: 135231175117893

Data/Hora da Autorização: 21/07/2023 17:12:00

Chave de acesso: 35230713046855000103550010000761321005575205

Destinatário/Remetente: IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

Valor Total: R\$ 442,00

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 18/07/2023 08:20

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

4976

**Pedido de Compra**

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 288 - MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS | Data Ped: 17/07/2023           |
| 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                               |   |                                |
| 11058- 1 AGUA DESTILADA 10 ML -AMPOLA-MARCA        | Não Entregou  |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 400,0000  | 0,5200 0,0000 0,0000           |
| Complemento do item                                |   | 208,0000                       |
| 28356- 1 BROMETO IPRATROPIO 0,25MG/ML SOL INAL FR  | Não Entregou  |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 60,0000   | 3,9000 0,0000 0,0000           |
| Complemento do item                                |   | 234,0000                       |

Totais:

Total Bruto dos itens: 442,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 442,0000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 442,0000        |


  
 \_\_\_\_\_  
 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 02223.081007 01083.113173 7 94490000089580 |
| <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>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>11.872.656/0001-10</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>               | 21/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 895,80     |
| <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>            | 895,80     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 895,80     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:04:37 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019483240        |
| <b>Chave de segurança:</b> | 95CATQNEK83MEFEY |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

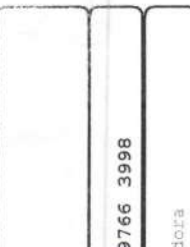
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR**  
 Av. Inglaterra N. 40  
 Bairro: TIERRY, UBERLÂNDIA, MG  
 Fone: (34) 3221-5300, CEP:38405050

**DANFE**  
 Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
 Nº 423.794  
 SÉRIE 1 FOLHA 1/1



3123 0711 8726 5600 0110 5500 1000 4237 9417 9766 3998

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

RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
 ENDEREÇO: R ANANIAS COSTA FREITAS N° 753  
 MUNICÍPIO: PONTAL  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 14.180-000  
 CEP: 14.180-000  
 BARRIO/DISTRITO: CENTRO  
 BAIXO/CEP: 1893  
 55.110.753/0001-41  
 DATA DA EMISSÃO: 18-07-2023

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 813014730110  
 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: 131235485985589 18/07/2023 11:09:41  
 CHAVES DE ACESSO: 3123 0711 8726 5600 0110 5500 1000 4237 9417 9766 3998  
 CHVS/CFE: 11.872.656/0001-10  
 CHVS/CFE: 11.872.656/0001-10  
 HORA DE SAÍDA: 11:09:39

34 | BOL=001 Venc=21/08/2023 Valor=895,80  
 VALOR DE CÁLCULO DO ICMS: 895,80  
 VALOR DO ICMS: 61,42  
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 895,80

| VALOR DO FRETE     | 0,00                           | DESCONTO | 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS FRETES | 895,80 |
|--------------------|--------------------------------|----------|------|--------------------------------------|------|----------------------------|------|------------------------|--------|
| VALOR DO FRETE     | 0,00                           | DESCONTO | 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS FRETES | 895,80 |
| RAZÃO SOCIAL       | HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA. |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| ENDEREÇO           | AV INGLATERRA N. 40            |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| MUNICÍPIO          | UBERLÂNDIA                     |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| UF                 | MG                             |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | 0015981100069                  |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| CEP                | 14.180-000                     |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| BARRIO/DISTRITO    | CENTRO                         |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| BAIXO/CEP          | 1893                           |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| CHVS/CFE           | 11.872.656/0001-10             |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| CHVS/CFE           | 11.872.656/0001-10             |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| DATA DA EMISSÃO    | 18-07-2023                     |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |
| HORA DE SAÍDA      | 11:09:39                       |          |      |                                      |      |                            |      |                        |        |

| COD. PROD.               | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVICOS   | NUM/SR   | CFOP | UN.     | QUANTIDADE | V.UNITARIO | V.DESCONTO | %DESC. | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS                  | BC ICMS ST | V. ICMS ST | V. IPI         | AL. ICMS | AL. IPI |
|--------------------------|---|----------|------|---------|------------|------------|------------|--------|----------|---------|--------------------------|------------|------------|----------------|----------|---------|
| 1428                     | CEFRILAXONA (AMPLISPEC) 15' C/50 E/A FO S/DIL - IV   1302001 / 513511   1006300030058   BIOCHIMICO   Lcte: 009778 D.Fab: 03/03/23 D.Val: 28/02/26   1.2.0020Referencia:1302301 / 513511   TENOAPAKIWA (GERMEXAM) 30MG C/10 SRB   0.4ML DISP SEG - IV / SC   B/0000058   3338   1534500030043   BIOMX   Lcte: 28/2014 D.Fab: 01/11/22 D.Val: 01/11/24   10,9000Referencia:W0000058 | 30042059 | 500  | 6108 UN | 2          | 159,30     | 0,00       | 0,00   | 319,80   | 319,80  | 38,38                    | 0,00       | 0,00       | 0,00           | 12,00    | 0,00    |
| 3338                     | 0.4ML DISP SEG - IV / SC   B/0000058   3338   1534500030043   BIOMX   Lcte: 28/2014 D.Fab: 01/11/22 D.Val: 01/11/24   10,9000Referencia:W0000058  | 30049099 | 200  | 6108 UN | 4          | 144,00     | 0,00       | 0,00   | 576,00   | 576,00  | 23,04                    | 0,00       | 0,00       | 0,00           | 4,00     | 0,00    |
| RESUMO                   |   |          |      |         |            |            |            |        |          | 3,4600  | Kg                       |            |            |                |          |         |
| VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS |   |          |      |         |            |            |            |        |          | 0,00    | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN |            | 0,00       | VALOR DO ISSQN |          | 0,00    |

*Sabela*

18/07/23

RESERVADO AO FISCAL

SETOR: *farmacia*

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 PEDIDO 4981 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022. T. A. N. 004/2023 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$99,83 + ECP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. | ( ) ( ) ( ) ( )



BANCO DO BRASIL S/A | 001-9 |

RECIBO DO SACADO

|  |                    |                |             |                                  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--------------------|----------------|-------------|----------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| Cedente/Sacado:<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA<br>11.872.656/0001-10   |                    |                |             |                                  |  | Vencimento:<br>21/08/2023                   |  |  |  |  |  |
| Data do Documento<br>18/07/2023  |                    |                |             |                                  |  | Agência/Código Cedente<br>2591-7 / 102525-2 |  |  |  |  |  |
| Número do Documento<br>423794 - 1  |                    | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>18/07/2023 |  | Nosso Número<br>22230810001083113           |  |  |  |  |  |
| Uso do Banco   | Carteira<br>17/019 | Espécie<br>R\$ | Quantidade  | Valor                            |  | (=) Valor do Documento<br>895,80            |  |  |  |  |  |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)<br><br>APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ R\$ 1,79 POR DIA DE ATRASO.<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE |                    |                |             |                                  |  | (-) Desconto/Abatimento<br>0,00             |  |  |  |  |  |
|  |                    |                |             |                                  |  | (+) Mora/Multa                              |  |  |  |  |  |
|  |                    |                |             |                                  |  | (+) Outros Acréscimos                       |  |  |  |  |  |
|  |                    |                |             |                                  |  | (=) Valor Cobrado                           |  |  |  |  |  |
| Sacador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14 180-000-PONTAL -SP<br>Sacador/Avalista  |                    |                |             |                                  |  |   |  |  |  |  |  |
| Autenticação Mecânica  |                    |                |             |                                  |  |   |  |  |  |  |  |



BANCO DO BRASIL S/A | 001-9 | 00190.00009 02223.081007 01083.113173 7 94490000089580

|  |  |                                   |                |                |             |   |  |  |  |  |  |
|--|--|-----------------------------------|----------------|----------------|-------------|---|--|--|--|--|--|
| Local do Pagamento:<br>Pagável preferencialmente no Banco do Brasil  |  |                                   |                |                |             | Vencimento:<br>21/08/2023                   |  |  |  |  |  |
| Cedente/Sacado:<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA   |  |                                   |                |                |             | Agência/Código Cedente<br>2591-7 / 102525-2 |  |  |  |  |  |
| Data do Documento<br>18/07/2023  |  | Número do Documento<br>423794 - 1 |                | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>18/07/2023            |  |  |  |  |  |
| Uso do Banco   |  | Carteira<br>17/019                | Espécie<br>R\$ | Quantidade     | Valor       |   |  |  |  |  |  |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)<br><br>APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ R\$ 1,19 POR DIA DE ATRASO.<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE |  |                                   |                |                |             | (-) Desconto/Abatimento<br>0,00             |  |  |  |  |  |
|  |  |                                   |                |                |             | (+) Mora/Multa                              |  |  |  |  |  |
|  |  |                                   |                |                |             | (+) Outros Acréscimos                       |  |  |  |  |  |
|  |  |                                   |                |                |             | (=) Valor Cobrado                           |  |  |  |  |  |
| Sacado IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14 180-000-PONTAL -SP<br>Sacado/Avalista  |  |                                   |                |                |             |   |  |  |  |  |  |
| Ficha de Compensação/Autenticação Mecânica   |  |                                   |                |                |             |   |  |  |  |  |  |





SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 18/07/2023 08:35

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

4981

**Pedido de Compra**

|  |  |   |         |                                |           |
|--|--|---|---------|--------------------------------|-----------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               |  | Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG) |         | Data Ped: 18/07/2023           |           |
| 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                                       |  | 40,0000   | 14,4000 | 0,0000                         | 0,0000    |
| Complemento do item                                |  |   |         |                                | 576,0000  |
| 16071- 1 CEFTRIAXONA SODICA 1G EV FR (ROCEFIM)-    |  | Não Entregou  |         |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       |  | 100,0000  | 3,1980  | 0,0000                         | 0,0000    |
| Complemento do item                                |  |   |         |                                | 319,8000  |

Totais:


Total Bruto dos itens: 895,8000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 895,8000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 895,8000        |

  
 \_\_\_\_\_  
 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 02970.983009 00010.447175 7 94420000034000 |
| <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>MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>      |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>13.046.855/0001-03</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRMAND. SANTA CASA DE MIS. 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>               | 14/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 340,00     |
| <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>            | 340,00     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 340,00     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:04:53 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019482156        |
| <b>Chave de segurança:</b> | XLE8HF9STVMKR7G8 |


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  
**MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI**  
Rua Herotides Maciel de Oliveira Pontes, 949  
Bairro: Sao Bernardo IV  
15132-176 Mirassol - SP  
mirassolmed@mirassolmed.com.br  
Fone: (17)3242-1509

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA   
Nº 76.099  
SÉRIE: 1  
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO  
3523.0713.0468.5500.0103.5500.1000.0760.9910.0557.3583

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  
135231121865749 - 13/07/2023 16:14:34

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
5405 VENDA C SUBSTITUICAO DENTRO DO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL 451.039.440.113 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 13.046.855/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL CNPJ 55.110.753/0001-41 DATA EMISSÃO 13/07/2023

ENDEREÇO RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 14180-000 DATA DA SAÍDA 13/07/2023

MUNICÍPIO Pontal FONE / FAX (169)9110-0279 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 16:15:41

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL CPF/CNPJ INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO BAIRRO/DISTRITO CEP

MUNICÍPIO UF FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS  
76099/1 - 14/08/23 - 340,00

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 | 340,00 |                     |        |           |  |
| 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 | 340,00 | ALIQ. IPI |  |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E T FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO 0 CÓDIGO ANNT PLACA DO VEICULO UF CNPJ/CPF 15.066.184/0001-60

ENDEREÇO RUA MARIA CERON VOLPE, 2260 MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DO RIO PRETO UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 647.598.751.114

QUANTIDADE 1 ESPÉCIE cx MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO 0,0000 PESO LÍQUIDO 0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CODIGO PRODUTO NCM'S | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO   | CST CFOP | UNID | QTDE   | VALOR UNITÁRIO | VLR. DESC UNIT /PERC. | VALOR TOTAL | BASE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS/ST. Cobrável | VALOR IPI | ALIQ. ICMS |
|----------------------|--|----------|------|--------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------|-------------------------|-----------|------------|
| 19984 30045090       | (+) ACIDO ASCORBICO 100 MG/ML C/ 100 AP 5 ML (VITASANTISA C)<br>Lote: 21507122 - 30/09/2024 Qtde: 1.00 / CEST: 13.004.00 | 560 5405 | CX   | 1,0000 | 340,0000       | 0,0000 0,0000%        | 340,00      | 0,00            | 0,00 0,00               | 0,00      | 0,00 0,00  |

RECEBIDO: Salita

DATA: 17/07/23

RESERVADO AO FISCO  
SETOR: farmacia

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Pgto no BANCO DO BRASIL MIRASSOL AG. 0111-2 C/C 28370-3 - informe pagt. por e-mail / Prezado Cliente - Qualquer Divergencia em Relacao a este pedido serao aceitas reclamacoes em ate 24 hrs. / PEDIDO 4957 - TERMO DE CONVENIO 002/2022 - T.A. 004/2023 / Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria conforme decreto lei 52.515 -Art.313-A do RICMS/00 / PRODUTOS ISENTOS DE PIS E COFINS, CONFORME LEI 10.147/2000. TOTAL DE ITENS ISENTOS DE PIS/COFINS R\$ 340.00 / Pedidos de Venda: 71386 Tributo aproximado R\$: 45,73 Federal R\$: 40,80 Estadual Fonte: IBPT /

|   |                               |                                   |                              |   |  |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---|--|
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI |                               | Ag./Cod. Cedente<br>0111-2/2837-0 |                              | Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)<br><br><input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº<br><input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Falecido<br><input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> End. Insuf. <input type="checkbox"/> Outros |  |
| Sacado<br>IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL          |                               | Nosso Número<br>29.709.830.000-0  |                              |   |  |
| Vencimento<br>14/08/2023                                | N. do Documento<br>76099/1NFE | Espécie<br>R\$                    | Valor do Documento<br>340,00 |   |  |
| Recebi(emos) o bloqueto de características acima        | Data                          | Assinatura                        | Data                         | Entregador  |  |

|   |                                |                    |             |                                     |   |  |
|---|--------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|---|--|
| Local Pagamento<br>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO                         |                                |                    |             |                                     | Vencimento<br>14/08/2023                  |  |
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI                                 |                                |                    |             |                                     | Agência / Código Cedente<br>0111-2/2837-0 |  |
| Data do Documento<br>13/07/2023   | No. do Documento<br>76099/1NFE | Espécie Doc.<br>02 | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>13/07/2023 | Nosso Número<br>29.709.830.000-0          |  |
| Use do Banco  | Carteira<br>17-027             | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                               | Valor do Documento<br>340,00              |  |
| Instruções  |                                |                    |             |                                     | (-) Desconto / Abatimento                 |  |
| WWW.BB.COM.BR<br>OPÇÃO: 2º VIA OU ATUALIZAR VENCIDO<br>TEL: (17) 3242-1509 - FINANCEIRO |                                |                    |             |                                     | (-) Outras Deduções (Abatimento)          |  |
|   |                                |                    |             |                                     | (+) Mora / Multa                          |  |
|   |                                |                    |             |                                     | (+) Outros Acréscimos                     |  |
|   |                                |                    |             |                                     | (=) Valor Cobrado                         |  |

Sacado: IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753  
14180000 - PONTAL - SP

Cod. Interno: 00002624  
CNPJ: 55110753000141

Sacado / Avalista:

Autenticação Mecânica

Recibo do Sacado

|   |                                |                    |             |                                     |   |  |
|---|--------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|---|--|
| Local Pagamento<br>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO                         |                                |                    |             |                                     | Vencimento<br>14/08/2023                  |  |
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI                                 |                                |                    |             |                                     | Agência / Código Cedente<br>0111-2/2837-0 |  |
| Data do Documento<br>13/07/2023   | No. do Documento<br>76099/1NFE | Espécie Doc.<br>02 | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>13/07/2023 | Nosso Número<br>29.709.830.000-0          |  |
| Use do Banco  | Carteira<br>17-027             | Espécie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                               | Valor do Documento<br>340,00              |  |
| Instruções  |                                |                    |             |                                     | (-) Desconto / Abatimento                 |  |
| WWW.BB.COM.BR<br>OPÇÃO: 2º VIA OU ATUALIZAR VENCIDO<br>TEL: (17) 3242-1509 - FINANCEIRO |                                |                    |             |                                     | (-) Outras Deduções (Abatimento)          |  |
|   |                                |                    |             |                                     | (+) Mora / Multa                          |  |
|   |                                |                    |             |                                     | (+) Outros Acréscimos                     |  |
|   |                                |                    |             |                                     | (=) Valor Cobrado                         |  |

Sacado: IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL  
RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753  
14180000 - PONTAL - SP

COD. INTERNO: 00002624  
CNPJ: 55110753000141

Sacado / Avalista:

Código de Barra



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

SIH-R<HCMP0004>

Emissão 12/07/2023 16:32

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

4957

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 288 - MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS      Data Ped: 12/07/2023

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

45421- 1 VITAMINA C 500 MG/5 ML AMP -AMPOLA-MARCA

Não Entregou

(4) FARMÁCIA

100,0000

3,4000

0,0000

0,0000

340,0000

Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens: 340,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

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

340,0000

0,0000

0,0000

0,0000

340,0000

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> | 34191.09008 33990.898927 82179.030000 3 94430000058500 |
| <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>                              | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>11.872.656/0001-10</b>                              |
| <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>               | 15/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 585,00     |
| <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>            | 585,00     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 585,00     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:05:08 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019481247        |
| <b>Chave de segurança:</b> | T5K23Q2C4RQUUZVA |

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

**DANFE**

Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
 Nº 423.054  
 SÉRIE 1 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO  
**3123 0711 8726 5600 0110 5500 1000 4230 5469 6909 1110**

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

RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
 ENDEREÇO: R AMANATAS COSTA FREITAS Nº 753  
 PONTAL  
 CEP: 14.180-000  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 11.872.656/0001-10  
 DATA DE EMISSÃO: 13-07-2023  
 NOME/RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 813014730110  
 Nº 423.054  
 SÉRIE 1 FOLHA 1/1

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 631230020542285 13/07/2023 09:41:38

BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 585,00  
 VALOR DO ICMS: 70,20  
 VALOR DO FRETE: 0,00  
 VALOR DO SEGURO: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 585,00

RAZÃO SOCIAL: MOVIMENTE EXPRESS, COM, SERV, LOGÍSTICA, LOCAÇÕES &  
 ENDEREÇO: AV ANHANGUERA N. KM320 GAL A UNID I  
 QUANTIDADE: 2,00  
 ESPÉCIE: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 585,00

COB. PROD.: GLICOSE 25% IOML C/ 200 AMP PLAST |  
 15020008/40000147 | 1517000010067 |  
 775 | ISOFARMA | Lote: 2030031 D.Fab:  
 02/03/22 D.Val: 01/03/24 |  
 0,0000Referencia:15020008/40000147  
 TRAMADOL (A2) (GEN) 50MG IML C/60 AMP  
 - IM / IV / SC | 9068 | 1037005020039  
 1721 | TEUTO | Lote: 9068116 D.Fab:  
 26/09/22 D.Val: 26/09/24 |  
 0,0000Referencia:9068

| QUANTIDADE | UN.    | CDPD | 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 |
|------------|--------|------|--------|------------|------------|------------|--------|----------|---------|---------|------------|------------|--------|----------|---------|
| 1          | 6108UN | 000  | 6108UN | 1          | 105,00     | 0,00       | 0,00   | 105,00   | 105,00  | 12,60   | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 12,00    | 0,00    |
| 5          | 6108UN | 500  | 6108UN | 5          | 96,00      | 0,00       | 0,00   | 480,00   | 480,00  | 57,60   | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 12,00    | 0,00    |

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 585,00  
 PREÇO LÍQUIDO: 4.200,00 Kg  
 PIS/PASEP: 0,00  
 COFINS: 0,00  
 ICMS: 70,20  
 IPI: 0,00  
 TOTAL: 655,20

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 I - RICMS-MG 2023 , PRODUTO GENERICO ALIQ. 12% | ICMS ALIQUOTA 12%, SOLUCAO PARENTERAL  
 CONF ART 54. INCISO XVII RICMS-SP  
 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 T. A N. 004/2023 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$0,00 + FCP  
 R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. | ( ) ( ) ( ) ( )  
 2023-07-13T09:41:34-03:00 - Contingencia SVC-AN em decorrência de problemas técnicos.

*RECEBILHO:*  
*balista*

*DATA: 13/07/23*  
*REMETOR: farmacia*



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 33990.898927 82179.030000 3 94430000058500

RECIBO DO PAGADOR

|  |  |                                   |               |                      |             |                                  |   |
|--|--|-----------------------------------|---------------|----------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA  |  | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0001-10    |               | Sacador Avalista     |             | Vencimento:<br>15/08/2023        |   |
| Endereço Beneficiário/Sacador Avalista<br>Av INGLATERRA,40 TIBERY UBERLÂNDIA - MG 38.405-050 |  |                                   |               |                      |             |                                  |   |
| Nosso Número<br>109/00339908-9   |  | Carteira<br>109                   | Espécie<br>DM | Quantidade           |             | Valor                            | Agência/Código Beneficiário<br>8928/21790-3 |
| Data do Documento<br>13/07/2023  |  | Número do Documento<br>423054 - 1 |               | Espécie do Documento | Aceite<br>N | Data Processamento<br>13/07/2023 | Valor do Documento<br>585,00                |

Autenticação Mecânica



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 33990.898927 82179.030000 3 94430000058500

|   |  |                                   |                |                                |             |   |                                  |
|---|--|-----------------------------------|----------------|--------------------------------|-------------|---|----------------------------------|
| Local do Pagamento:<br><b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ</b><br><b>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ</b>  |  |                                   |                |                                |             | Vencimento:<br>15/08/2023                   |                                  |
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA   |  |                                   |                | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0001-10 |             | Agência/Código Beneficiário<br>8928/21790-3 |                                  |
| Data do Documento<br>13/07/2023   |  | Número do Documento<br>423054 - 1 |                | Esp.Doc.<br>DM                 | Aceite<br>N | Data Processamento<br>13/07/2023            | Nosso Número<br>109/00339908-9   |
| Uso do Banco  |  | Carteira<br>109                   | Espécie<br>R\$ | Quantidade                     |             | Valor                                       | (-) Valor do Documento<br>585,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 11,70<br>APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 1,17 POR DIA DE ATRASO.<br><br>PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO<br>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<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14:180-000-PONTAL -SP<br>Sacador/Avalista   |  |                                   |                |                                |             |   |                                  |

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO





SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 12/07/2023 16:33

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

4959

**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG) Data Ped: 12/07/2023

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

| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Qtd      | Vlr Unit | Vlr IPI | Desconto | Situação do Item | Vlr.Total |
|--|----------|----------|---------|----------|------------------|-----------|
| 26104- 1 GLICOSE 25% 10ML AMP-AMPOLA-MARCA         |          |          |         |          | Não Entregou     |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 200,0000 | 0,5250   | 0,0000  | 0,0000   |                  | 105,0000  |

Complemento do item

| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Qtd      | Vlr Unit | Vlr IPI | Desconto | Situação do Item | Vlr.Total |
|--|----------|----------|---------|----------|------------------|-----------|
| 43801- 1 TRAMAL 50MG/ML AMP 1ML -AMPOLA-MARCA      |          |          |         |          | Não Entregou     |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 300,0000 | 1,6000   | 0,0000  | 0,0000   |                  | 480,0000  |

Complemento do item

Totais:

Total Bruto dos itens: 585,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| 585,0000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 585,0000        |

  
 \_\_\_\_\_  
 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> | 34191.09008 34002.918927 82179.030000 9 94430000037000 |
| <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>                              | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>11.872.656/0001-10</b>                              |
| <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>               | 15/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 370,00     |
| <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>            | 370,00     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 370,00     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:05:24 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019480389        |
| <b>Chave de segurança:</b> | JTOLSX9KA81G6PKP |

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**  
 R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2921 - GALPAOD  
 Bairro JARDIM  
 INDEPENDENCIA, CRAVINHOS, SP  
 Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA  
 N° 59.358  
 SÉRIE 1 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
**3523 0711 8726 5600 0200 5500 1000 0593 5819 6697 8165**  
 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

ENDEREÇO DA OPERAÇÃO  
 VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 279054104117

NOME/RAZÃO SOCIAL  
 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
 ENDEREÇO  
 R ANANIAS COSTA FREITAS N° 753  
 MUNICÍPIO  
 PONTAL

33 | BOLI=001 Venc=15/08/2023 Valor=370,00  
 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
 11.872.656/0002-00  
 CEP  
 14.180-000  
 DATA DA EMISSÃO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS  
 VALOR NO ICMS 370,00  
 DESCONTO 0,00  
 VALOR DO FRETE 0,00  
 VALOR DO SEGURO 0,00  
 OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00  
 VALOR DO IPI 0,00  
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 370,00

BAZAO SOCIAL  
 MOVIMENTE EXPRESS, COM, SERV, LOGISTICA, LOCACOES &  
 ENDEREÇO  
 AV ANHANGUERA N. KM320 GAL A UNID I  
 QUANTIDADE  
 1,00  
 ESTEQUE  
 1,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00  
 VALOR DO IPI 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA 370,00  
 CNPJ/CPF  
 34.922.709/0002-47  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 797530195111

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS  | NUM/SR   | 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 |
|------------|--|----------|-----|--------|-----|------------|------------|------------|--------|----------|---------|---------|------------|------------|--------|----------|---------|
| 2933       | ETER ALCOOLIZAVO (REMOVEDX) C/12 FR 1L<br>0510101001   00000000000000  <br>RIOQUIMICA   Lote: 2300390 D.Fab:<br>10/02/23 D.Val: 28/02/25  <br>0,9000Referencia: 0510101001 | 29094411 | 000 | 5102UN | 1   | 370,00     | 0,00       | 0,00       | 370,00 | 370,00   | 66,60   | 0,00    | 0,00       | 0,00       | 18,00  | 0,00     | 0,00    |

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 T. A. N. 004/2023 | ( ) ( ) ( ) ( )  
 RESERVADO  
**DATA: 15/08/2023**  
**RECEBIDU: 15/08/2023**  
**EFETOR: Jommano**



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 34002.918927 82179.030000 9 94430000037000

RECIBO DO PAGADOR

|  |                                  |                                |             |                                  |   |
|--|----------------------------------|--------------------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.   |                                  | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0002-00 |             | Sacador Avalista                 | Vencimento:<br>15/08/2023                   |
| Endereço Beneficiário/Sacador Avalista<br>R MANOEL GOMES DOS SANTOS,2921 GALJARDIM INDEPENDENCIA CRAVINHOS - SP 14.140-000 |                                  |                                |             |                                  |   |
| Nosso Número<br>109/00340029-1   | Carteira<br>109                  | Espécie<br>DM                  | Quantidade  | Valor                            | Agência/Código Beneficiário<br>8928/21790-3 |
| Data do Documento<br>13/07/2023  | Número do Documento<br>59358 - 1 | Espécie do Documento           | Aceite<br>N | Data Processamento<br>13/07/2023 | Valor do Documento<br>370,00                |

Autenticação Mecânica



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 34002.918927 82179.030000 9 94430000037000

|  |                                  |                |                                |                                  |   |
|--|----------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Local do Pagamento:<br><b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ</b><br><b>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ</b>   |                                  |                |                                |                                  | Vencimento:<br>15/08/2023                   |
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.   |                                  |                | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0002-00 |                                  | Agência/Código Beneficiário<br>8928/21790-3 |
| Data do Documento<br>13/07/2023  | Número do Documento<br>59358 - 1 | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N                    | Data Processamento<br>13/07/2023 | Nosso Número<br>109/00340029-1              |
| Uso do Banco   | Carteira<br>109                  | Espécie<br>R\$ | Quantidade                     | Valor                            | (=) Valor do Documento<br>370,00            |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 7,40<br>APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 0,74 POR DIA DE ATRASO.<br><br>PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO<br>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<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14.180-000-PONTAL -SP<br>Sacador/Avalista  |                                  |                |                                |                                  |   |

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



SIH-R<HCMP0004>

Emissão 12/07/2023 16:32

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

4958

### Pedido de Compra

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 273 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD SP)      Data Ped: 12/07/2023

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

| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Situação do Item | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) | Vlr.Total |
|--|------------------|--------------------------------|-----------|
| 23310- 2 ETER SULFURICO 1000ML-LITRO-MARCA         | Não Entregou     |                                |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 12,0000          | 30,8330 0,0000 0,0000          | 369,9960  |

Complemento do item

Totais:


Total Bruto dos itens: 369,9960

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 369,9960          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 369,9960        |

  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS

  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

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> | 34191.09008 24161.564521 20530.260007 2 94420000190660 |
| <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>                              | FUTURA COM PROD MEDICOS                                |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | FUTURA COM PROD MEDICOS                                |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 08.231.734/0001-93                                     |
| <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>               | 14/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boletto:</b>         | 1.906,60   |
| <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>            | 1.906,60   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.906,60   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:05:39 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019479426        |
| <b>Chave de segurança:</b> | Y7V4WV1ZEVG4FMVR |

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.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep: 18271-210 Tatui/SP

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

267

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 136.676

SÉRIE: 0

Página 1 de 1

496L



Chave de Acesso da NF-e

35230708231734000193550000001366761001582880

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

135231115211634

12/07/2023 19:51

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

12/07/2023

Endereço

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753

Bairro/Distrito

CENTRO

Cep

14180-000

Data de Saída/Entrada

12/07/2023

Município

PONTAL

Fone/Fax

(16)039531716

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 136.676/ 1 Valor: 1.906,60 Vencdo. 14/08/2023

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |                             |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Base de Cálculo de ICMS | Valor do ICMS   | Base de Cálculo de ICMS Sub | Valor do ICMS Sub          | Valor Total dos Produtos |
| 1.906,60                | 228,79          | 0,00                        | 0,00                       | 1.906,60                 |
| Valor do Frete          | Valor do Seguro | Desconto                    | Outras Despesas Acessórias | Valor do IPI             |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                        | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                             |                            | Valor Total da Nota      |
|                         |                 |                             |                            | 1.906,60                 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

|  |                                  |             |                    |            |                    |
|--|----------------------------------|-------------|--------------------|------------|--------------------|
| Razão Social                                   | Frete por Conta                  | Código ANTT | Placa do veículo   | UF         | CNPJ/CPF           |
| PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR             | 1 - emitente<br>2 - destinatário | 1           |                    | SP         | 12.270.745/0004-00 |
| Endereço                                       | Município                        | UF          | Inscrição Estadual |            |                    |
| ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM | SUMARE                           | SP          | 671495090114       |            |                    |
| Quantidade                                     | Espécie                          | Marca       | Numeração          | Peso Bruto | Peso Líquido       |
| 1  | CAIXAS                           |             |                    | 5,000      | 5,000              |

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 |
|------------------|--|----------|-----|------|-------|-------|------------|-----------|----------|----------|---------|------------|-----------|
| 571547           | DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML CX/100 AMP "GENÉRICO" SANTISA<br>Lote: 20715423 Val: 01/05/2025 | 30039099 | 000 | 5102 | CX    | 12,00 | 107,000000 | 1.284,00  | 1.284,00 | 154,08   |         | 12,0       |           |
| 572160           | OMEPRAZOL 40MG F/A + DIL 10ML CX C/20 FA "GENÉRICO" BLAU<br>Lote: 23050038 Val: 31/03/2025   | 30049069 | 000 | 5102 | CX    | 5,00  | 124,520000 | 622,60    | 622,60   | 74,71    |         | 12,0       |           |

Local de entrega: RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 CENTRO 14180-000 PONTAL SP

CÁLCULO DO ISSQN

|                     |                          |                          |                |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| Inscrição Municipal | Valor Total dos Serviços | Base de Cálculo do ISSQN | Valor do ISSQN |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares  
 V.111 FRANCISCO CESAR DA SILVA  
 REG.:Ribeirão Preto N/P.157.038  
 TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023  
 O PEDIDO DE COMPRA, NÚMERO 4961.

Reservado ao FISCO  
**RECEBIDO**  
 DATA: 13/07/23  
 SETOR: *Sommano*



Banco  
**Itaú Banco Itaú S/A** | **341-7**

**RECIBO DO SACADO**

|   |            |                   |   |                                       |
|---|------------|-------------------|---|---------------------------------------|
| Cedente<br><b>FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.LTDA ME</b>   |            |                   | Agência/Código Cedente<br><b>4522/05302-6</b> | Vencimento<br><b>14/08/2023</b>       |
| Sacador/Avalista<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>  |            |                   | Número do Documento<br><b>136676/1</b>        | Nosso Número<br><b>109/00241615-6</b> |
| Espécie<br><b>R\$</b>   | Quantidade | Valor<br><b>X</b> | (=)Valor Documento<br><b>R\$ 1.906,60</b>     | (-)Descontos/Abatimentos              |
| Demonstrativo:  |            |                   | (+)Outros Acréscimos                          | (=)Valor Cobrado                      |
| <b>CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93</b><br><b>END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUÍ/SP</b> |            |                   |   |                                       |



Banco  
**Itaú Banco Itaú S/A** | **341-7**

**34191.09008 24161.564521 20530.260007 2 94420000190660**

|  |  |                           |                       |   |   |
|--|--|---------------------------|-----------------------|---|---|
| Local de Pagamento<br><b>Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencto., somente no ITAU.</b>  |  |                           |                       |   | Vencimento<br><b>14/08/2023</b>               |
| Cedente<br><b>FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.LTDA ME</b>  |  |                           |                       |   | Agência/Código Cedente<br><b>4522/05302-6</b> |
| Data Documento<br><b>12/07/2023</b>  | Número do Documento<br><b>136676/1</b> | Espécie Doc.<br><b>RC</b> | Aceite<br><b>N</b>    | Data Processamento<br><b>12/07/2023</b> | Nosso Número<br><b>109/00241615-6</b>         |
| Uso do Banco   | CIP                                    | Carteira<br><b>109</b>    | Espécie<br><b>R\$</b> | Quantidade                              | (x)Valor<br><b>R\$ 1.906,60</b>               |
| Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)<br><b>APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,57 POR DIA DE ATRASO</b><br><b>APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 38,13</b><br><b>SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO</b> |  |                           |                       |   | (-)Descontos/Abatimentos                      |
|  |  |                           |                       |   | (-)Outras Deduções                            |
|  |  |                           |                       |   | (+)Mora/Multa                                 |
|  |  |                           |                       |   | (+)Outros Acréscimos                          |
|  |  |                           |                       |   | (=)Valor                                      |
| Sacado<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL - CNPJ: 55.110.753/0001-41</b><br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753</b><br><b>CENTRO - PONTAL</b><br><b>14180-000 - SP</b>                                |  |                           |                       |   |   |
| Sacador/Avalista   |  |                           |                       |   |   |





SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 12/07/2023 16:36

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

4961

02

## Pedido de Compra

|  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 267 - FUTURA COM.DE PROD.MÉDICOS E | Data Ped: 12/07/2023           |
| 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                               |  |                                |
| 21374- 1 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML-AMP-MARCA       | Não Entregou                                   |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 1.200,00                                       | 1,0700 0,0000 0,0000           |
| Complemento do item                                |  | 1.284,0000                     |
| 35221- 1 OMEPRAZOL 40MG EV FR-FRA. AMP-MARCA       | Não Entregou                                   |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 100,0000                                       | 6,2260 0,0000 0,0000           |
| Complemento do item                                |  | 622,6000                       |

Totais:

|  |            |
|--|------------|
| Total Bruto dos itens:   | 1.906,6000 |
| Total Descontos dos itens:   | 0,0000     |
| Total IPI dos itens:   | 0,0000     |
| <b>Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido</b> |            |
| 1.906,6000   | 0,0000     |
|  | 0,0000     |
|  | 0,0000     |
|  | 1.906,6000 |

  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS

  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

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> | 03399.01100 24500.000609 90519.001011 5 94380000106040 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | BANCO SANTANDER S.A.                                   |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 033  |
| <b>Código do ISPB:</b>                             | 90400888   |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |  |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | DUPATRI HOSPITALAR                                     |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTACAOE               |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 04.027.894/0001-64                                     |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRM.DA STA.CASA DE MIS.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>               | 10/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Bolet:</b>           | 1.060,40   |
| <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>            | 1.060,40   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.060,40   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:05:55 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019478775        |
| <b>Chave de segurança:</b> | 8MFHZ86C37JMYHEK |

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

DANFE

DUPATRI HOSPITALAR  
COMERCIO IMPORTACAO E  
EXPORTACAO LTDA

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS  
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -  
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ  
- SUMARE, SP, CEP:13178561,  
Fone:13-3228-8700

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 335547  
SERIE 1  
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO  
3523 0704 0278 9400 0750 5500 1000 3355 4710 0062 8062

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 MERC.ADO. REC.TERCEIROS

4928

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135231056935539 04/07/2023 20:15:46

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)

CNPJ/CPF  
55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO  
04/07/2023

ENDEREÇO  
R ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO/DISTRITO  
CENTRO

CEP  
14180-000

DATA ENTRADA/SAIDA  
04/07/2023

MUNICÍPIO  
PONTAL

FONE/FAX  
1639531716

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
20:10

FATURA / DUPLICATA

001 10/08/2023 1.060,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 1.060,40                | 190,87          | 0,00                       | 0,00                       | 1.060,40                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                            |                            | 1.060,40                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|  |                                    |             |                  |                    |                                    |
|--|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>PVN - Sao Paulo (43)    | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                 | CNPJ/CPF<br>12270745000400         |
| ENDEREÇO<br>RODOVIA ADAUTO CAMPO DALL'ORTO, 41 | MUNICÍPIO<br>SUMARE                |             |                  | UF<br>SP           | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>671495090114 |
| QUANTIDADE<br>1                                | ESPÉCIE<br>CAIXAS                  | MARCA       | NÚMERO           | PESO BRUTO<br>5,65 | PESO LÍQUIDO<br>5,65               |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS


| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS   | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|---|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 47089  | DEPAKENE 250MG C/25CP - ABBOT C1 (Lote: 1205274, Qtde: 2, Dt Val: 28/03/2025, Data Fab: 28/03/2023)           | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 2      | 9.8000   | 19.60   | 19.60   | 3.53   |       | 18,00   |        |
| 12290  | REGENCEL 3,5G PDA- LATINOFARMA (Lote: 23020480, Qtde: 6, Dt Val: 28/02/2025, Data Fab: 01/02/2023)            | 30049059 | 000 | 5102 | TB   | 6      | 10.6500  | 63.90   | 63.90   | 11.50  |       | 18,00   |        |
| 26473  | HEMOPOL 5000UI 25/0,25(N) SUBC.-CRISTALIA (Lote: 23040027, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2025, Data Fab: 01/04/2023) | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 2      | 147.7000 | 295.40  | 295.40  | 53.17  |       | 18,00   |        |
| 48625  | PROPOVAN 1% (10MG/ML) 10/20ML CRISTAL C1' (Lote: 23010742, Qtde: 5, Dt Val: 31/07/2024, Data Fab: 01/01/2023) | 30049095 | 000 | 5102 | CX   | 5      | 64.3000  | 321.50  | 321.50  | 57.87  |       | 18,00   |        |
| 27653  | TRIDIL 50MG 10/10ML - CRISTALIA (Lote: 23010246, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2025, Data Fab: 01/01/2023)           | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 360.0000 | 360.00  | 360.00  | 64.80  |       | 18,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
QC 4928 TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/20;23  
ITENS 1 a 5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS. R\$ 190,87, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 190,87  
Pedido: 375545  
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)  
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)  
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3  
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO: *Saltik*  
DATA: 05/07/23  
SETOR: *Sarmão*

|  |                         |                      |                   |  |
|--|-------------------------|----------------------|-------------------|--|
|  |                         | 033-7                | Recibo do Pagador |  |
| Vencimento   | Código Beneficiário     | Espécie              | Quantidade        |  |
| 10/08/2023   | 3793 / 0110245          | R\$                  |                   |  |
| (=) Valor do Documento   | (-) Desconto/Abatimento | (+) Mora/Multa/Juros |                   |  |
| 1.060,40   |                         |                      |                   |  |
| (=) Valor Cobrado  | Nosso Número            | Nº Documento         |                   |  |
|  | 0000060905190           | 2335547U             |                   |  |
| Pagador  |                         |                      |                   |  |
| IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)  |                         |                      |                   |  |

Autenticação Mecânica

|  |                     |              |                   |              |
|--|---------------------|--------------|-------------------|--------------|
|  |                     | 033-7        | Recibo de Entrega |              |
| Vencimento   | Código Beneficiário | Espécie      | Quantidade        |              |
| 10/08/2023   | 3793 / 0110245      | R\$          |                   |              |
| (=) Valor do Documento   | Nosso Número        | Nº Documento |                   |              |
| 1.060,40   | 0000060905190       | 2335547U     |                   |              |
| Pagador  |                     |              |                   |              |
| IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)  |                     |              |                   |              |
| Assinatura do recebedor  |                     |              |                   | Data entrega |

|  |  |       |  |  |
|--|--|-------|--|--|
|  |  | 033-7 | 03399.01100 24500.000609 90519.001011 5 94380000106040   |  |
| LOCAL DE PAGAMENTO   |  |       | PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER.<br>APOS VENCIMENTO SOMENTE NAS AGENCIAS SANTANDER.   |  |
| BENEFICIÁRIO   |  |       | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA CNPJ: 04.027.894/0007-50  |  |
| DATA DOCUMENTO   |  |       | 04/07/2023   |  |
| Nº DOCUMENTO   |  |       | 2335547U   |  |
| ESPÉCIE DOC.   |  |       | DM   |  |
| ACEITE   |  |       | N  |  |
| DATA PROCESSAMENTO   |  |       | 04/07/2023   |  |
| USO DO BANCO   |  |       | CARTEIRA   |  |
|  |  |       | 101  |  |
| ESPÉCIE  |  |       | R\$  |  |
| QUANTIDADE   |  |       | VALOR  |  |
|  |  |       |  |  |
| INSTRUÇÕES   |  |       | (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE BLOQUETO SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)  |  |
|  |  |       | Cobrar Juros de R\$ 0,70 ao dia após o vencimento.<br>CEDIDO FIDUCIARIAMENTE AOS DEBENTURISTAS DA 2ª EMISSAO DA<br>ELFA MEDICAMENTOS S.A.<br>MULTA DE 4% APOS VENCIDO. |  |
|  |  |       | COBRANCA SANTANDER   |  |
| Pagador  |  |       | IRM.DA STA.CASA DE MIS.DE PONTAL (5584)<br>R: ANANIAS COSTA FREITAS, 753 - CENTRO<br>CEP.: 14180-000 PONTAL-SP   |  |
|  |  |       | CNPJ.: 55.110.753/0001-41  |  |
| Pagador/Avalista   |  |       | CNPJ.:   |  |



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 05/07/2023 15:24

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

4928

002

## Pedido de Compra

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO  | Fornecedor: 186 - DUPATRI HOSP COM IMPOR E EXP LTDA | Data Ped: 03/07/2023           |
| Prz.Entr: 7 DIAS  | Cond.Pagto: 45 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) =             |                                |
| Observação do Pedido  | Vlr.Total   |                                |
| 19586- 1 ACIDO VALPROICO 250 MG CAP (DEPAKENE)-<br>(4) FARMÁCIA     | 50,0000 0,3920 0,0000 0,0000                        | Não Entregou<br>19,6000        |
| Complemento do item   |   |                                |
| 22676- 2 EPITEZAN PMDA OFT 3.5 GR -TUBO 3,5G-MARCA<br>(4) FARMÁCIA  | 6,0000 10,6500 0,0000 0,0000                        | Não Entregou<br>63,9000        |
| Complemento do item   |   |                                |
| 26797- 1 HEPARINA SODICA 5000UI/0,25ML SC AMP -AMP-<br>(4) FARMÁCIA | 50,0000 5,9080 0,0000 0,0000                        | Não Entregou<br>295,4000       |
| Complemento do item   |   |                                |
| 33996- 1 TRIDIL 5MG/ML AMP 10ML 50MG<br>(4) FARMÁCIA                | 10,0000 36,0000 0,0000 0,0000                       | Não Entregou<br>360,0000       |
| Complemento do item   |   |                                |
| 38131- 1 PROPOFOL 1% 10MG/ML FA 20ML-FRA. AMP-<br>(4) FARMÁCIA      | 50,0000 6,4300 0,0000 0,0000                        | Não Entregou<br>321,5000       |
| Complemento do item   |   |                                |

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.060,4000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 1.060,4000        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 1.060,4000      |


  
 \_\_\_\_\_  
 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 02970.983009 00010.443174 5 94380000181925 |
| <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>MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>      |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>13.046.855/0001-03</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRMAND. SANTA CASA DE MIS. 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>               | 10/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 1.819,25   |
| <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>            | 1.819,25   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.819,25   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:06:10 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019477905        |
| <b>Chave de segurança:</b> | S06PSG5R1LR81Z5U |

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



MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI

Rua Heróides Maciel de Oliveira Pontes, 949
Bairro: Sao Bernardo IV
15132-176 Mirassol - SP
mirassolmed@mirassolmed.com.br
Fone: (17)3242-1509

DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
Nº 76.068
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3523.0713.0468.5500.0103.5500.1000.0760.6810.0557.1860

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

135231054388832 - 04/07/2023 14:21:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5405 VENDA C SUBSTITUICAO DENTRO DO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

451.039.440.113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

13.046.855/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL

CNPJ

55.110.753/0001-41

DATA EMISSÃO

04/07/2023

ENDEREÇO

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DA SAÍDA

04/07/2023

MUNICÍPIO

Pontal

FONE / FAX

(169)9110-0279

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

14:21:19

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CPF/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

76068/1 - 10/08/23 - 1819,25

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

1.819,25

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

1.819,25

ALIQ. IPI

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM G

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE
1-DESTINATARIO

0

CÓDIGO ANNT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

23.246.316/0001-63

ENDEREÇO

ROD. WASHINGTON LUIZ KM 17

MUNICÍPIO

RIO CLARO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

587.220.280.115

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

CX

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

16,0000

PESO LÍQUIDO

16,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Table with columns: CODIGO PRODUTO NCMS, DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO, CST CFOP, UNID, QTDE, VALOR UNITÁRIO, VLR. DESC UNIT / PERC., VALOR TOTAL, BASE CÁLC. ICMS, VALOR ICMS/ST. Cobrável, VALOR IPI, ALIQ. ICMS. Contains 3 rows of product data.

RECOLHIDO: Salta

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pgto no BANCO DO BRASIL MIRASSOL AG. 0111-2 C/C 28370-3 - informe pagt. por e-mail / Prezado Cliente - Qualquer Divergencia em Relacao a este pedido serao aceitas reclamacoes em ate 24 hrs. / PEDIDO 4920 - TERMO DE CONVENIO 002/2022 - T.A. 004/2023 / Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria conforme decreto lei 52.515 -Art.313-A do RICMS/00 / PRODUTOS ISENTOS DE PIS E COFINS, CONFORME LEI 10.147/2000. TOTAL DE ITENS ISENTOS DE PIS/COFINS R\$ 1819.25 / Pedidos de Venda: 71359 Tributo aproximado R\$: 244,69 Federal R\$: 218,31 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

DATA: 05 / 07 / 23

SETOR: Jornalismo

|   |                               |                                   |                                |   |  |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|--|
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI |                               | Ag./Cod. Cedente<br>0111-2/2837-0 |                                | Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)<br><br><input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº<br><input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Falecido<br><input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> End. Insuf. <input type="checkbox"/> Outros |  |
| Sacado<br>IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL          |                               | Nosso Número<br>29.709.830.000-0  |                                |   |  |
| Vencimento<br>10/08/2023                                | N. do Documento<br>76068/1NFE | Espécie<br>R\$                    | Valor do Documento<br>1.819,25 |   |  |
| Recebi(emos) o bloqueto de características acima        | Data                          | Assinatura                        | Data                           | Entregador  |  |

|   |                                |                    |  |                                     |  |                                |
|---|--------------------------------|--------------------|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Local Pagamento<br>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO   |                                |                    |  |                                     | Vencimento<br>10/08/2023   |                                |
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI   |                                |                    |  |                                     | Agência / Código Cedente<br>0111-2/2837-0  |                                |
| Data do Documento<br>04/07/2023   | No. do Documento<br>76068/1NFE | Espécie Doc.<br>02 | Aceite<br>N                                    | Data do Processamento<br>04/07/2023 | Nosso Número<br>29.709.830.000-0   |                                |
| Uso do Banco  | Carteira<br>17-027             | Espécie<br>R\$     | Quantidade                                     | Valor<br>x                          | =  | Valor do Documento<br>1.819,25 |
| Instruções<br><br>WWW.BB.COM.BR<br>OPÇÃO: 2º VIA OU ATUALIZAR VENCIDO<br>TEL: (17) 3242-1509 - FINANCEIRO |                                |                    |  |                                     | <input type="checkbox"/> Desconto / Abatimento<br><input type="checkbox"/> Outras Deduções (Abatimento)<br><input type="checkbox"/> Mora / Multa<br><input type="checkbox"/> Outros Acréscimos<br><input type="checkbox"/> Valor Cobrado |                                |
| Sacado: IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753<br>14180000 - PONTAL - SP  |                                |                    | Cod. Interno: 00002624<br>CNPJ: 55110753000141 |                                     |  |                                |
| Sacado / Avalista:  |                                |                    |  |                                     | Autenticação Mecânica  |                                |

Recibo do Sacado

|   |                                |                    |  |                                     |  |                                |
|---|--------------------------------|--------------------|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Local Pagamento<br>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO   |                                |                    |  |                                     | Vencimento<br>10/08/2023   |                                |
| Cedente<br>MIRASSOL MED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS EIRELI   |                                |                    |  |                                     | Agência / Código Cedente<br>0111-2/2837-0  |                                |
| Data do Documento<br>04/07/2023   | No. do Documento<br>76068/1NFE | Espécie Doc.<br>02 | Aceite<br>N                                    | Data do Processamento<br>04/07/2023 | Nosso Número<br>29.709.830.000-0   |                                |
| Uso do Banco  | Carteira<br>17-027             | Espécie<br>R\$     | Quantidade                                     | Valor<br>x                          | =  | Valor do Documento<br>1.819,25 |
| Instruções<br><br>WWW.BB.COM.BR<br>OPÇÃO: 2º VIA OU ATUALIZAR VENCIDO<br>TEL: (17) 3242-1509 - FINANCEIRO |                                |                    |  |                                     | <input type="checkbox"/> Desconto / Abatimento<br><input type="checkbox"/> Outras Deduções (Abatimento)<br><input type="checkbox"/> Mora / Multa<br><input type="checkbox"/> Outros Acréscimos<br><input type="checkbox"/> Valor Cobrado |                                |
| Sacado: IRMAND. SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753<br>14180000 - PONTAL - SP  |                                |                    | COD. INTERNO: 00002624<br>CNPJ: 55110753000141 |                                     |  |                                |
| Sacado / Avalista:  |                                |                    |  |                                     | Código de Barra  |                                |

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 04/07/2023 07:32

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

4920

## Pedido de Compra

|  |          |   |        |                                |            |
|--|----------|---|--------|--------------------------------|------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               |          | Fornecedor: 288 - MIRASSOL MED COMERCIO DE MEDICAMENTOS |        | Data Ped: 03/07/2023           |            |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   |          | Cond.Pagto: 45 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                               |          |   |        |                                |            |
| 18636- 1 COMPLEXO B 2ML AMP-AMP-MARCA DISPONVIEL   |          |   |        | Não Entregou                   |            |
| (4) FARMÁCIA                                       | 300,0000 | 4,8000  | 0,0000 | 0,0000                         | 1.440,0000 |
| Complemento do item                                |          |   |        |                                |            |
| 27169- 2 HIDROXIDO DE ALUMINIO 240 ML -FRASCO-     |          |   |        | Não Entregou                   |            |
| (4) FARMÁCIA                                       | 10,0000  | 12,9000   | 0,0000 | 0,0000                         | 129,0000   |
| Complemento do item                                |          |   |        |                                |            |
| 41051- 1 SORO GLICOFISIOLOGICO BOLSA 250ML-BOLSA-  |          |   |        | Não Entregou                   |            |
| (4) FARMÁCIA                                       | 35,0000  | 7,1500  | 0,0000 | 0,0000                         | 250,2500   |
| Complemento do item                                |          |   |        |                                |            |

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.819,2500

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 1.819,2500        | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 1.819,2500      |

  
\_\_\_\_\_  
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> | 34191.09008 01341.830865 53928.070001 6 94460000180950 |
| <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>                              | <b>ATIVA COML HOSPITALAR LTDA</b>                      |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>ATIVA COML HOSPITALAR LTDA</b>                      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>04.274.988/0001-38</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRMANDADE S CASA 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>               | 18/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 1.809,50   |
| <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>            | 1.809,50   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.809,50   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:06:26 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019476324       |
| <b>Chave de segurança:</b> | XTRXTFOXYPHAFUG |

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: 1639939100DANFE  
Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.095.891  
Série 001  
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3523 0704 2749 8800 0138 5500 1000 0958 9110 2059 4822

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

135231056096749 - 04/07/2023 17:34:22

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

04/07/2023

ENDEREÇO

R ANANIAS COSTA FREITAS, 753

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

PONTAL

UF

SP

FONE / FAX

1639531716

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Num. 001  
Venc. 18/08/2023  
Valor R\$ 1.809,50

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 |
|----------------|-----------------|-------------------|---------------------|-----------------|--------------------|----------------|
| 1.809,50       | 250,64          | 0,00              | 0,00                | 0,00            | 0,00               | 1.809,50       |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DISCONTO          | OUTRAS DESP.SAS     | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO   | TOTAL DA NOTA  |
| 0,00           | 0,00            | 0,00              | 0,00                | 0,00            | 0,00               | 1.809,50       |

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

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

671495090114

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

70,290

PESO LÍQUIDO

12,480

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 |
|----------------|--|----------|-----|------|----|-------|------------|-------------|-----------|------------|-----------|--------------|-----------|----------|
| 35962          | ANDROCORTIL 500MG PO LIOF INJ S/DIL CT C/ 50 FA/TEUTO S+<br>Lote: 25961588 Qt: 50 Fab: 14/01/23 Val: 13/01/25<br>Lote: 25961590 Qt: 50 Fab: 17/01/23 Val: 16/01/25 | 30043933 | 000 | 5102 | FA | 100   | 5,0800     | 508,00      | 508,00    | 91,44      |           |              | 18,00     |          |
| 33512          | BABYMED POM DERM 45G/CIMED S- PMC: 15,81<br>Lote: 2220724 Qt: 8 Fab: 28/09/22 Val: 28/09/24<br>FCI:9B0CC989-28F5-4BCB-AF84-984458841B95                            | 30039014 | 500 | 5102 | BG | 8     | 6,3000     | 50,40       | 50,40     | 9,07       |           |              | 18,00     |          |
| 53665          | CLOPIDOGREL 75MG (GEN) CT C/ 30 CP REV/ACCORD G+ PMC: 8,70<br>Lote: M2215549 Qt: 90 Fab: 30/11/22 Val: 31/10/24  | 30049079 | 100 | 5102 | CP | 90    | 0,3300     | 29,70       | 29,70     | 3,56       |           |              | 12,00     |          |
| 47331          | DOBUTAMINA 12,5MG/ML (GEN) SOL INJ CT C/ 50 AP 20ML/TEUTO G+<br>Lote: 3637607 Qt: 50 Fab: 21/11/22 Val: 21/11/24   | 30049099 | 000 | 5102 | AP | 50    | 4,9600     | 248,00      | 248,00    | 29,76      |           |              | 12,00     |          |
| 48066          | MIDAZOLAM 50MG (5MG/ML) (GEN) SOL INJ 10ML CT C/ 50 AP/TEUTO/BJ G+ PMC: 28,80<br>Lote: 68470166 Qt: 50 Fab: 01/07/21 Val: 30/07/24                                 | 30049069 | 000 | 5102 | AP | 50    | 2,3800     | 119,00      | 119,00    | 14,28      |           |              | 12,00     |          |
| 48533          | QUETIAPINA 25MG (GEN) CT C/ 30 CP REV/ZYDUS NIKHO/C1 G+ PMC: 4,28<br>Lote: M212267R Qt: 30 Fab: 10/11/22 Val: 31/10/24   | 30049069 | 200 | 5102 | CP | 30    | 0,2000     | 6,00        | 6,00      | 0,72       |           |              | 12,00     |          |
| 39714          | ROCURONIO 10MG/ML (GEN) SOL INJ 5ML CT C/ 12 FA/EUROFARMA G+<br>Lote: 789512A Qt: 60 Fab: 09/05/22 Val: 01/05/24<br>FCI:F8D702B6-89C0-499B-BC30-9296A24D50CD       | 30049079 | 500 | 5102 | FA | 60    | 14,1400    | 848,40      | 848,40    | 101,81     |           |              | 12,00     |          |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:

\*\*PEDIDO 4921\*\*

\*\*TERMO DE CONVENIO No 002/2022 T. A No 004/2023\*\*

Vendedor: 162-ATIVA REGIAO 16 - MARUI Id Mov:2059482

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\$ 244,55 Estadual: R\$ 217,14 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

DATA: 05/07/23

RETOP:

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Beneficiário:<br><b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA</b>  | Agência/Cod.Beneficiário<br><b>0865/39280-7</b> | Data do Documento<br><b>04/07/2023</b> | Vencimento<br><b>18/08/2023</b>        |
| Pagador:<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO<br>14180-000 - PONTAL-SP | Número Documento:<br>95891-01                   | Nosso Número:<br>00013418              | Valor do Documento:<br><b>1.809,50</b> |

Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A.      **341-0**      **34191.09008 01341.830865 53928.070001 6 94460000180950**



|   |                                     |                             |                    |   |   |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------|---|---|
| Local de Pagamento:   |                                     |                             |                    |   | Vencimento<br><b>18/08/2023</b>                 |
| Beneficiário<br><b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA - 04.274.988/0001-38</b>   |                                     |                             |                    |   | Agência/Cód.Beneficiário<br><b>0865/39280-7</b> |
| Endereço<br><b>RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP</b>   |                                     |                             |                    |   |   |
| Data do documento:<br><b>04/07/2023</b>   | No. do documento<br><b>95891-01</b> | Espécie doc.<br><b>DM</b>   | Accite<br><b>N</b> | Data Processamento<br><b>04/07/2023</b> | Cart./Nosso Número<br><b>109/00013418-3</b>     |
| Uso do Banco  | Carteira<br><b>109</b>              | Espécie Moeda<br><b>R\$</b> | Quantidade         | (x) Valor                               | (=) Valor do Documento<br><b>1.809,50</b>       |
| Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)<br>PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 1,21 AO DIA<br>PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 36,19<br>PROTESTAR 2 DIAS APOS 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

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação



Declaro ter recebido 388 unidade(s)/ 2 volumes  
de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA  
(04.274.988/0001-38) os produtos constantes  
da nota fiscal 000095891 serie 001  
e pedido 2059482 de 04/07/2023  
Pedido fornecedor:  
Reclamações/Devoluções:  
Prazo máximo 24 horas do recebimento

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

#### Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000095891

( ) 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 000095891

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 04/07/2023 07:37

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

4921

## Pedido de Compra

| Tipo Pedido: PRODUTO                               |          | Fornecedor: 148 - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA (RPO) |              | Data Ped: 03/07/2023           |          |
|--|----------|---|--------------|--------------------------------|----------|
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   |          | Cond.Pagto: 45 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                               |          |   |              |                                |          |
| 4550- 1 BROMETO DE ROCURONIO 10MG/ML 5 ML-AMPOLA-  |          |   | Não Entregou |                                |          |
| (4) FARMÁCIA                                       | 60,0000  | 14,1400   | 0,0000       | 0,0000                         | 848,4000 |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |          |
| 17760- 1 CLOPIDOGREL 75MG CPR-CRP-MARCA DISPONVIEL |          |   | Não Entregou |                                |          |
| (4) FARMÁCIA                                       | 90,0000  | 0,3300  | 0,0000       | 0,0000                         | 29,7000  |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |          |
| 21581- 1 DOBUTAMINA 250MG AMPOLA 20ML. -AMPOLA-    |          |   | Não Entregou |                                |          |
| (4) FARMÁCIA                                       | 50,0000  | 4,9600  | 0,0000       | 0,0000                         | 248,0000 |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |          |
| 27091- 1 HIDROCORTISONA 500MG AMP-AMPOLA-MARCA     |          |   | Não Entregou |                                |          |
| (4) FARMÁCIA                                       | 100,0000 | 5,0800  | 0,0000       | 0,0000                         | 508,0000 |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |          |
| 27352- 2 HIPOGLOS 45 GRS POMADA -TUBO-MARCA        |          |   | Não Entregou |                                |          |
| (4) FARMÁCIA                                       | 8,0000   | 6,3000  | 0,0000       | 0,0000                         | 50,4000  |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |          |
| 32244- 1 MIDAZOLAM 50 MG/10 ML FR-AMPOLA-MARCA     |          |   | Não Entregou |                                |          |
| (4) FARMÁCIA                                       | 50,0000  | 2,3800  | 0,0000       | 0,0000                         | 119,0000 |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |          |
| 38623- 1 QUETIAPINA, FUMARATO 25MG CPR-CPR.REV.-   |          |   | Não Entregou |                                |          |
| (4) FARMÁCIA                                       | 30,0000  | 0,2000  | 0,0000       | 0,0000                         | 6,0000   |
| Complemento do item                                |          |   |              |                                |          |

Totais:

Total Bruto dos itens: 1.809,5000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

**Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido**  
 1.809,5000                      0,0000                      0,0000                      0,0000                      1.809,5000


  
 \_\_\_\_\_  
 COMPRAS


  
 \_\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

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 02223.081007 01081.506170 4 94380000119800 |
| <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>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA</b>                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>11.872.656/0001-10</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>               | 10/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 07/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boletto:</b>         | 1.198,00   |
| <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>            | 1.198,00   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.198,00   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:06:41 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 019473956        |
| <b>Chave de segurança:</b> | S5XZAFGP0Y2SZ23P |

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

**DANFE**  
 Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica



CHAVE DE ACESSO  
**3123 0711 8726 5600 0110 5500 1000 4212 0168 4796 1224**

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

UNIDADE DA GERAÇÃO  
 VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 0015881100069

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

ENDEREÇO  
 R. AMANIAS COSTA FREITAS N° 753

MUNICÍPIO  
 PONTAL

37 | BOLI=001 Venc=10/08/2023 Valor=1.198,00

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
 813014730110

CEP  
 11.872.656/0001-10

BAIRRO/DISTRITO  
 CENTRO

UF  
 SP

HORA DE SAÍDA  
 11:03:43

DATA DA EMISSÃO  
 04-07-2023

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 631230010440414 04/07/2023 11:02:09

| 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 |                  |         |      |                          |          |               |                    |
|-------------------------|---|----------|-----|--------|-----|------------|-------------|-------------|---------|----------|--------------------------------|-----------|-----------------|------------|--------------------------------------|-------------|---------|------------------|---------|------|--------------------------|----------|---------------|--------------------|
| 2816                    | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML C/ 200 AMP<br>FLAST 623 / 1210623   117720001009  <br>EQUIPEX   Lote: 2330591 D.Fab:<br>14/03/23 D.Val: 12/03/25   0,0000<br>Referência: 623 / 1210623<br>CLORidrato DE ESCETAMINA (CI)  <br>KETAMIN NF ) 50MG/ML - EML C/25 AMP -<br>IM / IV   414368   1029802130074  <br>340 CRISTALIA   Lote: 23020272 D.Fab:<br>01/02/23 D.Val: 01/02/25   0,0000<br>Referência: 414368<br>ENOXAPARINA (GHEMAYAN) 10MG C/10 SER<br>3338 0.4ML DISP SEG - IV / SC   RV000056  <br>133480030043   BIOMM   Lote: 2R22014<br>D.Fab: 01/11/22 D.Val: 01/11/24  <br>0,0000Referência:RV000058<br>LIDOCAINA 2% GEL (XYLESTIN) 20MG/G -<br>TB 30G C/ 10 BISH + APLIC ESTERIL  <br>839 410107   1029803570116   CRISTALIA  <br>Lote: 23020624 D.Fab: 01/02/23 D.Val:<br>01/02/25   0,0000Referência:410107 | 30049099 | 500 | 6108UN | 1   | 58,00      | 0,00        | 0,00        | 0,00    | 58,00    | 58,00                          | 6,96      | 0,00            | 0,00       | 0,00                                 | 12,00       | 0,00    |                  |         |      |                          |          |               |                    |
| 30049032                | 0.4ML DISP SEG - IV / SC   RV000056  <br>133480030043   BIOMM   Lote: 2R22014<br>D.Fab: 01/11/22 D.Val: 01/11/24  <br>0,0000Referência:RV000058<br>LIDOCAINA 2% GEL (XYLESTIN) 20MG/G -<br>TB 30G C/ 10 BISH + APLIC ESTERIL  <br>839 410107   1029803570116   CRISTALIA  <br>Lote: 23020624 D.Fab: 01/02/23 D.Val:<br>01/02/25   0,0000Referência:410107   | 30049099 | 200 | 6108UN | 4   | 155,00     | 0,00        | 0,00        | 0,00    | 620,00   | 620,00                         | 24,80     | 0,00            | 0,00       | 0,00                                 | 4,00        | 0,00    |                  |         |      |                          |          |               |                    |
| 30049032                | 0.4ML DISP SEG - IV / SC   RV000056  <br>133480030043   BIOMM   Lote: 2R22014<br>D.Fab: 01/11/22 D.Val: 01/11/24  <br>0,0000Referência:RV000058<br>LIDOCAINA 2% GEL (XYLESTIN) 20MG/G -<br>TB 30G C/ 10 BISH + APLIC ESTERIL  <br>839 410107   1029803570116   CRISTALIA  <br>Lote: 23020624 D.Fab: 01/02/23 D.Val:<br>01/02/25   0,0000Referência:410107   | 30049032 | 500 | 6108UN | 2   | 60,00      | 0,00        | 0,00        | 0,00    | 120,00   | 120,00                         | 14,40     | 0,00            | 0,00       | 0,00                                 | 12,00       | 0,00    |                  |         |      |                          |          |               |                    |
| RESUMO                  |   |          |     |        |     |            |             |             |         |          | 1532880                        | 4,3400    | KG              |            |                                      |             |         |                  |         |      |                          |          |               |                    |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS |   |          |     |        |     |            |             |             |         |          | 94,16                          | DESCONTO  |                 | 0,00       | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO |             | 0,00    | VALOR DO IPI     |         | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |          | 1.198,00      |                    |
| VALOR DO FRETE          |   |          |     |        |     |            |             |             |         |          | 0,00                           | DESGASTOS |                 | 0,00       | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO |             | 0,00    | VALOR DO IPI     |         | 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA      |          | 1.198,00      |                    |
| BAZÃO SOCIAL            |   |          |     |        |     |            |             |             |         |          | HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA. |           | PRETE POR COMTA |            | 0 - Emitente                         | CÓDIGO ANTT |         | PLACA DO VEICULO |         | UF   |                          | CNPJ/CPF |               | 11.872.656/0001-10 |
| ENDEREÇO                |   |          |     |        |     |            |             |             |         |          | Av INGLATERRA N. 40            |           | MUNICÍPIO       |            | UBERLANDIA                           |             | UF      |                  | MG      |      | INSCRIÇÃO ESTADUAL       |          | 0015881100069 |                    |
| QUANTIDADE              |   |          |     |        |     |            |             |             |         |          | 2,00                           |           | ESPÉCIE         |            | MARCA                                |             | FRÍDIDO |                  | 1532880 |      | PESO BRUTO               |          | 4,3400        |                    |
|                         |   |          |     |        |     |            |             |             |         |          |                                |           |                 |            |                                      |             |         |                  |         |      |                          |          |               |                    |

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 ICMS ALÍQUOTA 12%, SOLUÇÃO PARIENTAL CONF ART 54. INCISO XVII RICMS-SP  
 PEDIDO 4924 TERMO DE CONVENIO N. 002/2022 T. A N. 004/2023 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino  
 R\$118,00 + FCP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. ( ) ( ) ( ) ( )  
 2023-07-04T11:02:05-03:00 - Contingência SVC-AN em decorrência de problemas técnicos.

**RECEBIDO:** *Soluto*  
**DATA:** 05/07/23  
**SETOR:** *Formação*





BANCO DO BRASIL S/A | 001-9 |

RECIBO DO SACADO

|  |                                   |                |             |                                  |                                    |   |  |  |  |  |  |
|--|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Cedente/Sacado:<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA<br>11.872.656/0001-10   |                                   |                |             |                                  |                                    | Vencimento:<br>10/08/2023                   |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                |             |                                  |                                    | Agência/Código Cedente<br>2591-7 / 102525-2 |  |  |  |  |  |
| Data do Documento<br>04/07/2023  | Número do Documento<br>421201 - 1 | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>04/07/2023 | Nosso Número<br>22230810001081506  |   |  |  |  |  |  |
| Uso do Banco   | Carteira<br>17/019                | Espécie<br>R\$ | Quantidade  | Valor                            | (-) Valor do Documento<br>1.198,00 |   |  |  |  |  |  |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)<br><br>APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ R\$ 2,40 POR DIA DE ATRASO.<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE |                                   |                |             |                                  |                                    | (-) Desconto/Abatimento<br>0,00             |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                |             |                                  |                                    | (+ ) Mora/Multa                             |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                |             |                                  |                                    | (+ ) Outros Acréscimos                      |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                |             |                                  |                                    | (=) Valor Cobrado                           |  |  |  |  |  |
| Sacador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14.180-000-PONTAL -SP<br>Sacador/Avalista  |                                   |                |             |                                  |                                    |   |  |  |  |  |  |
| Autenticação Mecânica  |                                   |                |             |                                  |                                    |   |  |  |  |  |  |



BANCO DO BRASIL S/A | 001-9 | 00190.00009 02223.081007 01081.506170 4 94380000119800

|  |                                   |                |             |                                  |                                    |   |  |  |  |  |  |
|--|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Local do Pagamento:<br>Pagável preferencialmente no Banco do Brasil  |                                   |                |             |                                  |                                    | Vencimento:<br>10/08/2023                   |  |  |  |  |  |
| Cedente/Sacado:<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA   |                                   |                |             |                                  |                                    | Agência/Código Cedente<br>2591-7 / 102525-2 |  |  |  |  |  |
| Data do Documento<br>04/07/2023  | Número do Documento<br>421201 - 1 | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>04/07/2023 | Nosso Número<br>22230810001081506  |   |  |  |  |  |  |
| Uso do Banco   | Carteira<br>17/019                | Espécie<br>R\$ | Quantidade  | Valor                            | (-) Valor do Documento<br>1.198,00 |   |  |  |  |  |  |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)<br><br>APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%<br>COBRAR JUROS DE R\$ R\$ 1,59 POR DIA DE ATRASO.<br>PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.<br>NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE |                                   |                |             |                                  |                                    | (-) Desconto/Abatimento<br>0,00             |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                |             |                                  |                                    | (+ ) Mora/Multa                             |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                |             |                                  |                                    | (+ ) Outros Acréscimos                      |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                |             |                                  |                                    | (=) Valor Cobrado                           |  |  |  |  |  |
| Sacado IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL<br>R ANANIAS COSTA FREITAS,753<br>14.180-000-PONTAL -SP<br>Sacador/Avalista   |                                   |                |             |                                  |                                    |   |  |  |  |  |  |
| Ficha de Compensação/Autenticação Mecânica   |                                   |                |             |                                  |                                    |   |  |  |  |  |  |



**Pedido de Compra**

Tipo Pedido: PRODUTO Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG) Data Ped: 03/07/2023

Prz.Entr: 7 DIAS Cond.Pagto: 45 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) Vlr.Total

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

Observação do Pedido

4464- 1 ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG 0.4ML INJ Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 40,0000 15,5000 0,0000 0,0000 620,0000

Complemento do item

16381- 1 CETAMINA 50 MG 2ML (KETAMIN)-AMPOLA-MARCA Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 25,0000 16,0000 0,0000 0,0000 400,0000

Complemento do item

17954- 1 CLORETO DE SODIO 0.9% AMP. 10ML-AMPOLA- Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 200,0000 0,2900 0,0000 0,0000 58,0000

Complemento do item


45721- 2 XYLESTESIN 2% GELEIA 30 GR -TUBO 30-MARCA Não Entregou  
 (4) FARMÁCIA 20,0000 6,0000 0,0000 0,0000 120,0000

Complemento do item

Totais: Total Bruto dos itens: 1.198,0000  
 Total Descontos dos itens: 0,0000  
 Total IPI dos itens: 0,0000

Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido  
 1.198,0000 0,0000 0,0000 0,0000 1.198,0000

  
 \_\_\_\_\_  
 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>                     | 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\$ 551,35                          |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                            |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores      |
| <b>Identificação da operação:</b> | 5348                                |
| <b>Histórico:</b>                 |                                     |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:00:49 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00132264         |
| <b>Chave de segurança:</b> | XM1X3Q4PQ1Y08ZVU |

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 223 274**  
**FILIAL 223 - DROGAL PONTAL II**  
 AV MARIA LIDIA NEVES SPINOLA, 68  
 CENTRO - PONTAL - SP  
 CEP: 14180-000  
 Fone: (19) 3429-1229

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0 - ENTRADA / 1 - SAÍDA **1**  
**NR.: 5.348**  
**SÉRIE: 2**  
 Folha: 1/1

137  
 CHAVE DE ACESSO  
**3523 0754 3756 4702 5707 5500 2000 0053 4812 7629 4340**  
 CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E  
 www.nfe-fazenda.gov.br/portafiscal OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
 VENDA

PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135231122192337 13/07/2023 16:51:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 550051056112

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
 54.375.647/0257-07

**DESTINÁRIO/REMETENTE**

Nome/Razão Social: IRMANDADE STA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
 CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41  
 DATA DE EMISSÃO: 13/07/2023 16:51:29

Endereço: R. ANANIAS COSTA FREITAS, 753  
 BAIRRO/DISTRITO: CENTRO  
 CEP: 14180-000  
 DATA DE ENTRADA/SAÍDA: 13/07/2023

Município: PONTAL  
 UF: SP FONE/FAX: 63953-1716  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: \_\_\_\_\_  
 HORA DE SAÍDA: 16:51:29

**FATURA/DUPLICATAS**  
 [Dup=001 Venc=12/08/2023 Valor=RS 551,35]

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |                 |                            |                     |              |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|---------------------|--------------|--------------------------|
| 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         | 725,87                   |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR DO COFINS          |
| 0,00                    | 0,00            | 174,52                     | 0,00                | 0,00         | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                     |              | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                            |                     |              | 551,35                   |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

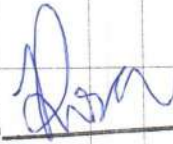
Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_  
 Frete por Conta: 9 - SEM FRETE  
 Código ANTT: \_\_\_\_\_ Placa Veículo: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_

Quantidade: \_\_\_\_\_ Espécie: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Numeração: \_\_\_\_\_ Peso Bruto: \_\_\_\_\_ Peso Líquido: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

| 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 |
|--------------|---|----------|-------|------|----|-------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------|------------|----------|-----------|
| 1968         | CLOR OXIMET 0,5 NAS30ML(G)EMS<br>Lote=317003 Val=30/04/2025 Qtde=2.000 Reg.<br>ANVISA=1023507820090 PMC=16.26<br>ST MVA Portaria CAT 116/2022 ST Art. 274, RICMS-SP Imposto Recolhido por Substituição -- VALOR LIQUIDO UNITARIO 10.87 - PMPF 10.840  | 30049069 | 560   | 5405 | UN | 2     | 16,26          | 32,52             | 10,78          |                 |           |            |          |           |
| 63169        | MALEATO DEXCL 2MG 20CPR(G) EMS<br>Lote=3K0195 Val=28/02/2025 Qtde=2.000 Reg.<br>ANVISA=1023506970072 PMC=13.10<br>ST MVA Portaria CAT 116/2022 ST Art. 274, RICMS-SP Imposto Recolhido por Substituição -- VALOR LIQUIDO UNITARIO 10.95 - PMPF 8.510  | 30049069 | 560   | 5405 | UN | 2     | 13,10          | 26,20             | 4,30           |                 |           |            |          |           |
| 57374        | DOMPERIDONA 1MGSUSP100ML(G)EUR<br>Lote=856307 Val=31/05/2025 Qtde=4.000 Reg.<br>ANVISA=1004311630081 PMC=49.68<br>ST MVA Portaria CAT 116/2022 ST Art. 274, RICMS-SP Imposto Recolhido por Substituição -- VALOR LIQUIDO UNITARIO 30.83 - PMPF 28.660 | 30049069 | 560   | 5405 | UN | 4     | 49,68          | 198,72            | 75,40          |                 |           |            |          |           |
| 62724        | DICLOR FLUNARIZ 10MGSOC(G)VIT<br>Lote=67712 Val=31/03/2024 Qtde=1.000 Reg.<br>ANVISA=1039201840023 PMC=13.63<br>ST ST Art. 274, RICMS-SP MVA Portaria CAT 116/2022 Imposto Recolhido por Substituição -- VALOR LIQUIDO UNITARIO 11.39 - PMPF 9.850    | 30049062 | 060   | 5405 | UN | 1     | 13,63          | 13,63             | 2,24           |                 |           |            |          |           |
| 34290        | AEROLIN SOL 10ML<br>Lote=5A4D Val=31/07/2024 Qtde=20.000 Reg.<br>ANVISA=1010702260129 PMC=22.74<br>ST ST Art. 274, RICMS-SP MVA Portaria CAT 116/2022 Imposto Recolhido por Substituição -- VALOR LIQUIDO UNITARIO 18.65 - PMPF 18.310                | 30049039 | 260   | 5405 | UN | 20    | 22,74          | 454,80            | 81,80          |                 |           |            |          |           |

**RECEBIDO:**   
**DATA:** 13/07/23

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 ORÇAMENTO 54365 - PEDIDO CLIENTE 4950 - TERMO DE CONVENIO N 002/2022 - TA N 004/2023 - MVA PORTARIA CAT 116/2022 ST ART. 274, RICMS-SP IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO ST ART. 274, RICMS-SP MVA PORTARIA CAT 116/2022 IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO  
 NRO PEDIDO=4950

RESERVADO AO FISCO  
**SETOR:** Farmácia

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 13/07/2023 10:38

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

4950

002

## Pedido de Compra

| Tipo Pedido: PRODUTO                               |         | Fornecedor: 274 - DROGAL FARMACEUTICA LTDA FL 223 |              | Data Ped: 10/07/2023           |          |           |
|--|---------|---|--------------|--------------------------------|----------|-----------|
| 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                               |         |   |              |                                |          |           |
| 20126- 1 DEXCLORFENIRAMINA 2MG CPR-CPR-MARCA       |         |   | Não Entregou |                                |          |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 40,0000 | 0,6556  | 0,0000       | 0,0000                         | 26,2240  |           |
| Complemento do item                                |         |   |              |                                |          |           |
| 21702- 1 DOMPERIDONA SUSP 100ML-FRASCO-MARCA       |         |   | Não Entregou |                                |          |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 4,0000  | 49,6800   | 0,0000       | 0,0000                         | 198,7200 |           |
| Complemento do item                                |         |   |              |                                |          |           |
| 24806- 1 FLUNARIZINA 10MG CPR (VERTIX)-CPR-MARCA   |         |   | Não Entregou |                                |          |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 50,0000 | 0,2726  | 0,0000       | 0,0000                         | 13,6300  |           |
| Complemento do item                                |         |   |              |                                |          |           |
| 35749- 1 CLORIDRATO DE OXIMETAZOLINA 0,5MG/ML AD   |         |   | Não Entregou |                                |          |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 2,0000  | 16,2500   | 0,0000       | 0,0000                         | 32,5000  |           |
| Complemento do item                                |         |   |              |                                |          |           |
| 39652- 1 SULFATO DE SALBUTAMOL 5MG/ML SOL NEBUL.FR |         |   | Não Entregou |                                |          |           |
| (4) FARMÁCIA                                       | 20,0000 | 22,7400   | 0,0000       | 0,0000                         | 454,8000 |           |
| Complemento do item                                |         |   |              |                                |          |           |

Totais:

Total Bruto dos itens: 725,8740

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 725,8740          | 0,0000           | 174,5200          | 0,0000         | 551,3540        |


  
 \_\_\_\_\_  
 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>             | 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>                | 05 - Pagamento de Fornecedores       |
| <b>Identificação da operação:</b> | 74                                   |
| <b>Histórico:</b>                 |                                      |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:07:45 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00119208         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 1Z60ESLPSU82SQ8N |

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**  
**74**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**WCKIZXZ5R**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**01/08/2023 às 08:39:23**  
*Chave de Acesso*  
 653880B15JXXVP6S539DRNYSH1BSJ2B9

**Informações Fiscais**

|  |                                    |   |  |
|--|------------------------------------|---|--|
| Exigibilidade do ISS<br><b>Exigível</b>    | Número do Processo                 | Município de Incidência do ISS<br><b>PONTAL-SP</b>                    | Local da Prestação<br><b>PONTAL - SP</b> |
| Número do RPS                              | Série do RPS                       | Tipo do RPS   | Data do RPS<br><b>01/08/2023</b>         |
| Optante Simples Nacional<br><b>1 - Sim</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário Individual (MEI)</b> | Tipo ISS<br><b>01 - Não Possui ISSQN</b> |

**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<br><b>11.585.856/0001-92</b>             | RG/Inscrição Estadual<br><b>550.085.110.118</b> | Inscrição Municipal<br><b>7776</b> | Cadastro<br><b>000012796</b> | Nome/Razão Social<br><b>FRANCIS VANDERLI GALVÃO 25571351861 - MEI.</b> |
| Logradouro<br><b>RUA LIBERATO MANOPELI, 00177</b> | Complemento                                     | Bairro<br><b>VILA SÃO PEDRO</b>    | CEP<br><b>14180-000</b>      | Cidade<br><b>PONTAL-SP</b>   |
| Telefone<br><b>16-9-9249-4215</b>                 | E-mail  |                                    |                              |  |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|  |                             |                         |  |
|--|-----------------------------|-------------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>55.110.753/0001-41</b>          | RG/Inscrição Estadual       | Inscrição Municipal     | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |
| Logradouro<br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000</b> | Complemento                 | Bairro<br><b>CENTRO</b> | CEP/Cod.Postal<br><b>14180-000</b>   |
| Cidade/País<br><b>PONTAL - SP</b>                        | Cod. IBGE<br><b>3540200</b> | Telefone                | E-mail<br><b>rh@iscmpontal.com.br</b>                                      |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vlr. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | Pagamento de serviços prestado no mes de julho de 2023 convênio 002/2022 TA 004/2023 | 2.300,00      | R\$ 2.300,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

| LC 116/2003  | 07.05                   | Aliquota              | Atividade Município | Código CNAE          | Código da Obra | Código ART            |
|--|-------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Reparação, conservação e reforma de edifícios, estradas, pontes, portos e congêneres (exceto o |                         |                       | <b>0,00%</b>        | <b>0000070000005</b> |                |                       |
| Valor Total dos Serviços   | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo     | Total do ISS         | ISS Retido     | Desconto Condicionado |
| <b>R\$ 2.300,00</b>  | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 2.300,00</b> | <b>R\$ 0,00</b>      | <b>2 - Não</b> | <b>R\$ 0,00</b>       |

**Construção Civil****Retenções de Impostos**

|                 |                 |                 |                 |                 |                  |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| PIS             | COFINS          | INSS            | IRRF            | CSLL            | Outras Retenções |
| <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b>  |

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 2.300,00****Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE **FRANCIS VANDERLI GALVÃO 25571351861 - MEI.** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **74** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **WCKIZXZ5R.**

Data

CPF/RG

Assinatura

001  
2477  
116366-3  
255.713518-61





## 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>             | 0288 / 00013006353-7                  |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                              |
| <b>Nome:</b>                      | MAZER COM E MANUT DE EQUIP HOSP       |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 29.392.097/0001-07                    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 6.176,88                          |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores        |
| <b>Identificação da operação:</b> | 1402                                  |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:09:34 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00118495         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 5FK1PJU7ZNZCNM2P |

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 MAZER COM. E MANUT. DE EQPTOS HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO<br>EMISSÃO: 24/07/2023 - DEST. / REM.: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL - VALOR TOTAL: R\$ 6.176,88 |   | <b>NF-e</b><br><b>Nº 000001402</b><br><b>SÉRIE 001</b> |
| DATA DE RECEBIMENTO   | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE<br><b>MAZER COM. E MANUT. DE EQPTOS HOSPITALAR LTDA</b><br>RUA BARAO DO AMAZONAS, 1648 - JARDIM SUMARE - CEP:14025-110 - RIBEIRAO PRETO - SP<br>TEL: (16)3235-1430<br>SITE: www.novamedhospitalar.com.br |  | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br><b>Nº 000001402 fl. 1 / 1</b><br><b>SÉRIE 001</b> |  | <br>CHAVE DE ACESSO<br>3523 0729 3920 9700 0107 5500 1000 0014 0211 0001 4029<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br>ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| NATUREZA DE OPERAÇÃO<br>VENDA DE MERCADORIAS   |  | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135231187291442 24/07/2023 14:48:31   |  |  |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>797344373112   |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.   |  | CNPJ / CPF<br>29.392.097/0001-07   |  |

|  |  |                              |                             |                                  |   |
|--|--|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE   |  |                              |                             |                                  |   |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |  |                              |                             | CNPJ / CPF<br>55.110.753/0001-41 |   |
| ENDEREÇO<br>R ANANIAS COSTA FREITAS, 753                                 |  |                              | BAIRRO / DISTRITO<br>CENTRO |                                  | CEP<br>14180-000                                |
| MUNICÍPIO<br>PONTAL  |  | FONE / FAX<br>(16)98163-2345 |                             | UF<br>SP                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>HORA DA SAÍDA<br>13:55:09 |

| DUPLICATAS   |            |          |              |       |       |
|--------------|------------|----------|--------------|-------|-------|
| Nº DUPLICATA | VENC.      | VALOR    | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR |
| 001          | 23/08/2023 | 6.176,88 |              |       |       |

|                         |                 |                        |                      |                           |                          |
|-------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO      |                 |                        |                      |                           |                          |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE CÁLC. ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|                         | 0,00            | 0,00                   | 0,00                 | 821,53                    | 6.176,88                 |
| 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                      | 6.176,88                 |

|                                       |         |                  |             |                  |                    |
|---------------------------------------|---------|------------------|-------------|------------------|--------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |         |                  |             |                  |                    |
| RAZÃO SOCIAL                          |         | FRETE POR CONTA  | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                 |
|                                       |         | 1 - DESTINATARIO |             |                  |                    |
| ENDEREÇO                              |         |                  | MUNICÍPIO   | UF               | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE                            | ESPECIE | MARCA            | NUMERAÇÃO   | PESO BRUTO       | PESO LÍQUIDO       |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS |  |          |       |      |       |        |                |                |               |                 |                |              |                      |
|-----------------------------|--|----------|-------|------|-------|--------|----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|--------------|----------------------|
| CÓDIGO DO PROD. / SERV.     | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                     | NCM / SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR LÍQUIDO | BASE CÁLC. ICMS | VALOR I.C.M.S. | VALOR I.P.I. | ALÍQUOTAS ICMS   IPI |
| 000367                      | CABO ECG 5 VIAS TIPO GARRA DIXTAL LIFEMED ALFA     | 90181990 | 0102  | 5102 | UN    | 3      | 425,00         | 0,00           | 1.275,00      | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000100                      | CABO EXTENSOR 1 VIA DE PNI 2 MT                    | 90181990 | 0102  | 5102 | UN    | 4      | 200,77         | 0,00           | 803,08        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000307                      | CABO ECG 5 VIAS TIPO GARRA ALFAMED VITA I          | 90181980 | 0102  | 5102 | UN    | 1      | 407,00         | 0,00           | 407,00        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000102                      | SENSOR SPO2 ADULTO CLIP CONECTOR REDEL7 PINOS 3M   | 90181990 | 0102  | 5102 | UN    | 1      | 427,70         | 0,00           | 427,70        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000618                      | SENSOR SPO2 ADULTO CLIP EPX 116 5PINOS             | 90181990 | 0102  | 5102 | UN    | 3      | 370,00         | 0,00           | 1.110,00      | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000336                      | BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR                | 90181990 | 0102  | 5102 | UN    | 4      | 95,00          | 0,00           | 380,00        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000012                      | CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA)  | 90181990 | 0102  | 5102 | UN    | 4      | 78,60          | 0,00           | 314,40        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000014                      | CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO)  | 90181990 | 0102  | 5102 | UN    | 4      | 25,00          | 0,00           | 100,00        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000271                      | BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12 - 2.3 (12V-2.3AH) | 85072010 | 0102  | 5102 | UN    | 3      | 216,40         | 0,00           | 649,20        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |
| 000624                      | PACK DE BATERIA EX POWER LI-ION 10.8V-2600MAH      | 85076000 | 0102  | 5102 | UN    | 1      | 710,50         | 0,00           | 710,50        | 0,00            | 0,00           | 0,00         | 0,00   0,00          |

|  |                    |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS   |                    |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>-VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 821,53 (13,30%) FONTE IBPT.<br>REF. O.S.5998/6000/6002/6003 - ORCAMENTOS DE SERVICOS N-870/871/872/873 - CONVENIO N-002/2022 - T.A. N-004/2023. DADOS BANCARIOS BANCO SANTANDER AG: 0288 C/C: 13006353-7<br>-DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. | RESERVADO AO FISCO |

**Cliente**

**Nome:** Irmandade Da Santa Casa De Misericordia De Pontal  
**Endereço:** R. Ananias da Costa Freitas - 753 - Jardim Res - CEP 14.180-000  
**Contato:** Luis Renato  
**Cidade/Estado:** Pontal / SP  
**CNPJ/CPF:** 55110753000141

**Equipamento**

**Tipo:** MONITOR MULTIPARÂMETRO **Nº de Série:** 20320481  
**Modelo:** RD12  
**Fabricante:** R&D MEDIQ

**Solução Proposta**

| Serviços Tabelados |  |                |            |
|--------------------|--|----------------|------------|
| Item               | Serviços                               | Garantia(dias) | Valor(R\$) |
| 1                  | Manutenção Preventiva em Monitor       | 365            | 130.00     |
| 2                  | Calibração de Monitor                  | 365            | 150.00     |
| 3                  | Teste de Segurança Elétrica em monitor | 365            | 120.00     |

R\$ 400,00

| Peças |  |                      |      |           |        |
|-------|--|----------------------|------|-----------|--------|
| Item  | Peça   | Modelo / Fabricante  | Qtde | Valor Un. | Valor  |
| 1     | 271 BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12 - 2,3 (12V-2,3AH) |                      | 1    | 216.40    | 216.40 |
| 2     | 367 CABO ECG 05 VIAS TIPO GARRA DIXTAL LIFEMED ALFA    | 924                  | 1    | 425.00    | 425.00 |
| 3     | 100 CABO EXTENSOR SIMPLES DE PNI 2,5MT 1 VIA           |                      | 1    | 200.77    | 200.77 |
| 4     | 336 BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR                | R1880NS              | 1    | 95.00     | 95.00  |
| 5     | 12 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA)   | BP15                 | 1    | 78.60     | 78.60  |
| 6     | 14 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO)   | BP12                 | 1    | 25.00     | 25.00  |
| 7     | 618 SENSOR SPO2 ADULTO CLIP EPX 116 5PINOS             | OXILIFE PLUS / VEPEX | 1    | 370.00    | 370.00 |

R\$ 430,74

|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| <b>Total Serviços + Peças:</b> | <b>R\$ 1810.77</b> |
|--------------------------------|--------------------|

**Dados do Orçamento**

**Responsável:** VICTOR FURLAM **Frete:** FOB  
**Prazo de Entrega:** 20 dias **Estado:** Pendente  
**Validade da proposta:** 5 dias  
**Número da OS:** 6000

**Observações**

## Pagamento

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Forma de Pagamento:</b>                       | Pagamento Faturado  |
| <b>Modo de Pagamento:</b>                        | Pagamento parcelado |
| <b>Período de Pagamento da primeira Parcela:</b> | 30 dias             |
| <b>Número de Parcelas:</b>                       | 1                   |
| <b>Período entre parcelas:</b>                   | 30 dias             |
| <b>Valor da parcela:</b>                         | R\$ 1810.77         |
| <b>Valor total:</b>                              | R\$ 1810.77         |

## Autorização para realização do serviço

*Victor Furlam*

VICTOR FURLAM  
Responsável Orçamentista

Aprovado por

Renata Cristina Pereira  
Gerente Operacional  
CPF: 138.637.238-21

09/06/2023.

**Orçamento:**

A  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**  
**Nº de Série: 20320481**

| SERVIÇOS  | VALOR               |
|---|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                       | R\$ 140,00          |
| Calibração em Monitor                               | R\$ 160,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor              | R\$ 130,00          |
|   |                     |
| PEÇAS   | VALOR               |
| 01-BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | R\$ 296,80          |
| 01-CABO ECG 5 VIAS                                  | R\$ 432,00          |
| 01-CABO PNI   | R\$ 225,00          |
| 01-BRAÇADEIRA                                       | R\$ 105,00          |
| 01-CONECTOR FÊMEA                                   | R\$ 92,00           |
| 01-CONECTOR MACHO                                   | R\$ 35,00           |
| 01-SENSOR SPO2                                      | R\$ 378,00          |
|   | <b>R\$ 1.993,80</b> |
| <b>TOTAL</b>  | <b>R\$ 1.993,80</b> |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**  
**VALIDADE DA PROPOSTA: 2 DIAS**  
**FORMA DE PAGAMENTO: Á VISTA**



**LIFETEC**  
HOSPITALAR

PATOS DE MINAS, 14 DE JUNHO DE 2023.

**ORÇAMENTO:**

**FORNECEDOR: LIFETEC HOSPITALAR LTDA**  
CPF/CNPJ: 13.704.844/0001-65  
ENDEREÇO: RUA BRAÚNA, 190 CIDADE: PATOS DE MINAS  
CEP: 38.703-800 TEL: (34) 3825-3831

CLIENTE: À  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

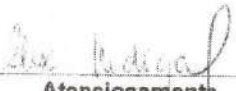
**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**  
Nº de Série: 20320481

| SERVIÇOS   | UNID. | VALOR               |
|--|-------|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                    |       | R\$ 145,00          |
| Calibração em Monitor                            |       | R\$ 165,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor           |       | R\$ 135,00          |
| <b>PEÇAS</b>                                     |       | <b>VALOR</b>        |
| BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | 01    | R\$ 368,40          |
| CABO ECG 5 VIAS                                  | 01    | R\$ 440,00          |
| CABO PNI   | 01    | R\$ 235,00          |
| BRAÇADEIRA                                       | 01    | R\$ 112,00          |
| CONECTOR FÊMEA                                   | 01    | R\$ 98,00           |
| CONECTOR MACHO                                   | 01    | R\$ 40,00           |
| SENSOR SPO2                                      | 01    | R\$ 390,00          |
| <b>TOTAL</b>                                     |       | <b>R\$ 2.128,40</b> |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**  
**VALIDADE DA PROPOSTA: 3 DIAS**  
**FORMA DE PAGAMENTO: ANTECIPADO**

**LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

BANCO DO BRASIL: (001)  
AG: 4669-8  
C/C: 14389-8  
CNPJ: 13.704.844/0001-65  
CHAVE PIX: 13704844000165

  
Atenciosamente  
Alex Vidigal  
CFT:0131230500

## Cliente

**Nome:** Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal  
**Endereço:** R. Ananias da Costa Freitas - 753 - Jardim Res - CEP 14.180-000  
**Contato:** Luis Renato  
**Cidade/Estado:** Pontal / SP  
**CNPJ/CPF:** 55110753000141

## Equipamento

**Tipo:** MONITOR MULTIPARÂMETRO **Nº de Série:** 20320480  
**Modelo:** RD12  
**Fabricante:** R&D MEDIQ

## Solução Proposta

| Serviços Tabelados |  |                |            |
|--------------------|--|----------------|------------|
| Item               | Serviços                               | Garantia(dias) | Valor(R\$) |
| 1                  | Manutenção Preventiva em Monitor       | 365            | 130.00     |
| 2                  | Calibração de Monitor                  | 365            | 150.00     |
| 3                  | Teste de Segurança Elétrica em monitor | 365            | 120.00     |

| Peças |  |                      |      |           |        |
|-------|--|----------------------|------|-----------|--------|
| Item  | Peça   | Modelo / Fabricante  | Qtde | Valor Un. | Valor  |
| 1     | 271 BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12 - 2,3 (12V-2,3AH) |                      | 1    | 216.40    | 216.40 |
| 2     | 367 CABO ECG 05 VIAS TIPO GARRA DIXTAL LIFEMED ALFA    | 924                  | 1    | 425.00    | 425.00 |
| 3     | 100 CABO EXTENSOR SIMPLES DE PNI 2,5MT 1 VIA           |                      | 1    | 200.77    | 200.77 |
| 4     | 336 BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR                | R1880NS              | 1    | 95.00     | 95.00  |
| 5     | 12 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA)   | BP15                 | 1    | 78.60     | 78.60  |
| 6     | 14 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO)   | BP12                 | 1    | 25.00     | 25.00  |
| 7     | 618 SENSOR SPO2 ADULTO CLIP EPX 116 5PINOS             | OXILIFE PLUS / VEPEX | 1    | 370.00    | 370.00 |

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| <b>Total Serviços + Peças:</b> | R\$ 1810.77 |
|--------------------------------|-------------|

## Dados do Orçamento

**Responsável:** VICTOR FURLAM **Frete:** FOB  
**Prazo de Entrega:** 20 dias **Estado:** Pendente  
**Validade da proposta:** 5 dias  
**Número da OS:** 6002

## Observações



## Pagamento

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Forma de Pagamento:</b>                       | Pagamento Faturado  |
| <b>Modo de Pagamento:</b>                        | Pagamento parcelado |
| <b>Período de Pagamento da primeira Parcela:</b> | 30 dias             |
| <b>Número de Parcelas:</b>                       | 1                   |
| <b>Período entre parcelas:</b>                   | 30 dias             |
| <b>Valor da parcela:</b>                         | R\$ 1810.77         |
| <b>Valor total:</b>                              | R\$ 1810.77         |

## Autorização para realização do serviço

*Victor Furlam*

VICTOR FURLAM  
Responsável Orçamentista

Aprovado por  
Renata Cristina Pereira  
Gerente Operacional  
CPF: 138.637.238-21



09/06/2023.

## Orçamento:

À  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**

**Nº de Série: 20320480**

| SERVIÇOS  | VALOR               |
|---|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                       | R\$ 140,00          |
| Calibração em Monitor                               | R\$ 160,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor              | R\$ 130,00          |
|   |                     |
| PEÇAS   | VALOR               |
|   |                     |
| 01-BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | R\$ 296,80          |
| 01-CABO ECG 5 VIAS                                  | R\$ 432,00          |
| 01-CABO PNI   | R\$ 225,00          |
| 01-BRAÇADEIRA                                       | R\$ 105,00          |
| 01-CONECTOR FÊMEA                                   | R\$ 92,00           |
| 01-CONECTOR MACHO                                   | R\$ 35,00           |
| 01-SENSOR SPO2                                      | R\$ 378,00          |
|   | <b>R\$ 1.563,80</b> |
| TOTAL   | R\$ 1.993,80        |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 2 DIAS**

**FORMA DE PAGAMENTO: Á VISTA**



**LIFETEC**  
HOSPITALAR

PATOS DE MINAS, 14 DE JUNHO DE 2023.

**ORÇAMENTO:**

**FORNECEDOR: LIFETEC HOSPITALAR LTDA**  
**CPF/CNPJ: 13.704.844/0001-65**  
**ENDEREÇO: RUA BRAÚNA, 190 CIDADE: PATOS DE MINAS**  
**CEP: 38.703-800 TEL: (34) 3825-3831**

**CLIENTE: À**  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**  
**Pontal-SP**


**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**  
**Nº de Série: 20320480**

| SERVIÇOS   | UNID. | VALOR               |
|--|-------|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                    |       | R\$ 145,00          |
| Calibração em Monitor                            |       | R\$ 165,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor           |       | R\$ 135,00          |
| <b>PEÇAS</b>                                     |       | <b>VALOR</b>        |
| BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | 01    | R\$ 368,40          |
| CABO ECG 5 VIAS                                  | 01    | R\$ 440,00          |
| CABO PNI   | 01    | R\$ 235,00          |
| BRAÇADEIRA                                       | 01    | * R\$ 112,00        |
| CONECTOR FÊMEA                                   | 01    | R\$ 98,00           |
| CONECTOR MACHO                                   | 01    | R\$ 40,00           |
| SENSOR SPO2                                      | 01    | R\$ 390,00          |
| <b>TOTAL</b>                                     |       | <b>R\$ 2.128,40</b> |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**  
**VALIDADE DA PROPOSTA: 3 DIAS**  
**FORMA DE PAGAMENTO: ANTECIPADO**

**LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

BANCO DO BRASIL: (001)  
AG: 4669-8  
C/C: 14389-8  
CNPJ: 13.704.844/0001-65  
CHAVE PIX: 13704844000165

  
Atenciosamente  
**Alex Vidigal**  
CFT:0131230500

## Cliente

**Nome:** Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal  
**Endereço:** R. Ananias da Costa Freitas - 753 - Jardim Res - CEP 14.180-000  
**Contato:** Luis Renato  
**Cidade/Estado:** Pontal / SP  
**CNPJ/CPF:** 55110753000141

## Equipamento

**Tipo:** MONITOR MULTIPARÂMETRO **Nº de Série:** 20320478  
**Modelo:** RD12  
**Fabricante:** R&D MEDIQ

## Solução Proposta

| Serviços Tabelados |  |                |            |
|--------------------|--|----------------|------------|
| Item               | Serviços                               | Garantia(dias) | Valor(R\$) |
| 1                  | Manutenção Preventiva em Monitor       | 365            | 130.00     |
| 2                  | Calibração de Monitor                  | 365            | 150.00     |
| 3                  | Teste de Segurança Elétrica em monitor | 365            | 120.00     |

| Peças |  |                      |      |           |        |
|-------|--|----------------------|------|-----------|--------|
| Item  | Peça   | Modelo / Fabricante  | Qtde | Valor Un. | Valor  |
| 1     | 271 BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12 - 2,3 (12V-2,3AH) |                      | 1    | 216.40    | 216.40 |
| 2     | 367 CABO ECG 05 VIAS TIPO GARRA DIXTAL LIFEMED ALFA    | 924                  | 1    | 425.00    | 425.00 |
| 3     | 100 CABO EXTENSOR SIMPLES DE PNI 2,5MT 1 VIA           |                      | 1    | 200.77    | 200.77 |
| 4     | 336 BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR                | R1880NS              | 1    | 95.00     | 95.00  |
| 5     | 12 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA)   | BP15                 | 1    | 78.60     | 78.60  |
| 6     | 14 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO)   | BP12                 | 1    | 25.00     | 25.00  |
| 7     | 618 SENSOR SPO2 ADULTO CLIP EPX 116 5PINOS             | OXILIFE PLUS / VEPEX | 1    | 370.00    | 370.00 |

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| <b>Total Serviços + Peças:</b> | R\$ 1810.77 |
|--------------------------------|-------------|

## Dados do Orçamento

**Responsável:** VICTOR FURLAM **Frete:** FOB  
**Prazo de Entrega:** 20 dias **Estado:** Pendente  
**Validade da proposta:** 5 dias  
**Número da OS:** 6003

## Observações

## Pagamento

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Forma de Pagamento:</b>                       | Pagamento Faturado  |
| <b>Modo de Pagamento:</b>                        | Pagamento parcelado |
| <b>Periodo de Pagamento da primeira Parcela:</b> | 30 dias             |
| <b>Número de Parcelas:</b>                       | 1                   |
| <b>Periodo entre parcelas:</b>                   | 30 dias             |
| <b>Valor da parcela:</b>                         | R\$ 1810.77         |
| <b>Valor total:</b>                              | R\$ 1810.77         |

## Autorização para realização do serviço

*Victor Furlan*

VICTOR FURLAM  
Responsável Orçamentista

*[Signature]*  
Aprovado por  
Renata Cristina Pereira  
Gerente Operacional  
CPF: 138.637.238-21

09/06/2023.

**Orçamento:**

À  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**

**Nº de Série: 20320478**

| SERVIÇOS  | VALOR               |
|---|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                       | R\$ 140,00          |
| Calibração em Monitor                               | R\$ 160,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor              | R\$ 130,00          |
|   |                     |
| PEÇAS   | VALOR               |
| 01-BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | R\$ 296,80          |
| 01-CABO ECG 5 VIAS                                  | R\$ 432,00          |
| 01-CABO PNI   | R\$ 225,00          |
| 01-BRAÇADEIRA                                       | R\$ 105,00          |
| 01-CONECTOR FÊMEA                                   | R\$ 92,00           |
| 01-CONECTOR MACHO                                   | R\$ 35,00           |
| 01-SENSOR SPO2                                      | R\$ 378,00          |
|   | <b>R\$ 1.563,80</b> |
| TOTAL   | R\$ 1.993,80        |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 2 DIAS**

**FORMA DE PAGAMENTO: Á VISTA**



**LIFETEC**  
HOSPITALAR

PATOS DE MINAS, 14 DE JUNHO DE 2023..

**ORÇAMENTO:**

**FORNECEDOR: LIFETEC HOSPITALAR LTDA**  
**CPF/CNPJ: 13.704.844/0001-65**  
**ENDEREÇO: RUA BRAUNA, 190 CIDADE: PATOS DE MINAS**  
**CEP: 38.703-800 TEL: (34) 3825-3831**

**CLIENTE: À**  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**  
**Pontal-SP**

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**  
**Nº de Série: 20320478**

| SERVIÇOS   | UNID. | VALOR               |
|--|-------|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                    |       | R\$ 145,00          |
| Calibração em Monitor                            |       | R\$ 165,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor           |       | R\$ 135,00          |
| <b>PEÇAS</b>                                     |       | <b>VALOR</b>        |
| BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | 01    | R\$ 368,40          |
| CABO ECG 5 VIAS                                  | 01    | R\$ 440,00          |
| CABO PNI   | 01    | R\$ 235,00          |
| BRAÇADEIRA                                       | 01    | R\$ 112,00          |
| CONECTOR FÊMEA                                   | 01    | R\$ 98,00           |
| CONECTOR MACHO                                   | 01    | R\$ 40,00           |
| SENSOR SPO2                                      | 01    | R\$ 390,00          |
| <b>TOTAL</b>                                     |       | <b>R\$ 2.128,40</b> |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**  
**VALIDADE DA PROPOSTA: 3 DIAS**  
**FORMA DE PAGAMENTO: ANTECIPADO**

**LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

BANCO DO BRASIL: (001)  
AG: 4669-8  
C/C: 14389-8  
CNPJ: 13.704.844/0001-65  
CHAVE PIX: 13704844000165

*Alex Vidigal*

**Atenciosamente**  
**Alex Vidigal**  
**CFT:0131230500**

**Cliente**

**Nome:** Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal  
**Endereço:** R. Ananias da Costa Freitas - 753 - Jardim Res - CEP 14.180-000  
**Contato:** Luis Renato  
**Cidade/Estado:** Pontal / SP  
**CNPJ/CPF:** 55110753000141

**Equipamento**

**Tipo:** MONITOR MULTIPARÂMETRO **Nº de Série:** VI10000824  
**Modelo:** VITA I100  
**Fabricante:** ALFAMED

**Solução Proposta**

| Serviços Tabelados |  |                |            |
|--------------------|--|----------------|------------|
| Item               | Serviços                               | Garantia(dias) | Valor(R\$) |
| 1                  | Manutenção Preventiva em Monitor       | 365            | 130.00     |
| 2                  | Calibração de Monitor                  | 365            | 150.00     |
| 3                  | Teste de Segurança Elétrica em monitor | 365            | 120.00     |

R\$ 400,00

| Peças |  |                      |      |           |        |
|-------|--|----------------------|------|-----------|--------|
| Item  | Peça   | Modelo / Fabricante  | Qtde | Valor Un. | Valor  |
| 1     | 624 PACK DE BATERIA EX POWER LI-ION 10.8V-2600MAH    | VITA I 100 / ALFAMED | 1    | 710.50    | 710.50 |
| 2     | 307 CABO ECG 5 VIAS TIPO GARRA ALFAMED VITA I        | 3699                 | 1    | 407.00    | 407.00 |
| 3     | 102 SENSOR ADULTO CLIP CONECTOR REDEL7 PINOS 3M      |                      | 1    | 427.70    | 427.70 |
| 4     | 100 CABO EXTENSOR SIMPLES DE PNI 2,5MT 1 VIA         |                      | 1    | 200.77    | 200.77 |
| 5     | 336 BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR              | R1880NS              | 1    | 95.00     | 95.00  |
| 6     | 14 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO) | BP12                 | 1    | 25.00     | 25.00  |
| 7     | 12 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA) | BP15                 | 1    | 78.60     | 78.60  |

R\$ 944,57

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| <b>Total Serviços + Peças:</b> | R\$ 2344.57 |
|--------------------------------|-------------|

**Dados do Orçamento**

**Responsável:** VICTOR FURLAM **Frete:** FOB  
**Prazo de Entrega:** 20 dias **Estado:** Pendente  
**Validade da proposta:** 5 dias  
**Número da OS:** 5998

**Observações**

## Pagamento

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Forma de Pagamento:</b>                       | Pagamento Faturado  |
| <b>Modo de Pagamento:</b>                        | Pagamento parcelado |
| <b>Periodo de Pagamento da primeira Parcela:</b> | 30 dias             |
| <b>Número de Parcelas:</b>                       | 1                   |
| <b>Periodo entre parcelas:</b>                   | 30 dias             |
| <b>Valor da parcela:</b>                         | R\$ 2344.57         |
| <b>Valor total:</b>                              | R\$ 2344.57         |

## Autorização para realização do serviço

*Victor Furlam*

VICTOR FURLAM  
Responsável Orçamentista

*Renata Cristina Pereira*  
Gerente Operacional  
CPF: 138.637.238-21

Aprovado por



09/06/2023.

## Orçamento:

À  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: VITA I100 Fabricante: ALFAMED**  
**Nº de Série: V10000824**

| SERVIÇOS   | VALOR               |
|--|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                    | R\$ 140,00          |
| Calibração em Monitor                            | R\$ 160,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor           | R\$ 130,00          |
|  |                     |
| PEÇAS  | VALOR               |
| 01-PACK DE BATERIA EX POWER LI-ION 10.8V-2600MAH | R\$ 735,80          |
| 01-CABO ECG 5 VIAS ALFAMED                       | R\$ 420,00          |
| 01-CABO PNI                                      | R\$ 225,00          |
| 01-BRAÇADEIRA                                    | R\$ 105,00          |
| 01-CONECTOR FÊMEA                                | R\$ 92,00           |
| 01-CONECTOR MACHO                                | R\$ 35,00           |
| 01-SENSOR SPO2 ALFAMED                           | R\$ 448,00          |
|  | <b>R\$ 2.060,80</b> |
| TOTAL  | R\$ 2.490,80        |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 2 DIAS**

**FORMA DE PAGAMENTO: À VISTA**



**LIFETEC**  
HOSPITALAR

PATOS DE MINAS, 14 DE JUNHO DE 2023.

**ORÇAMENTO:**

**FORNECEDOR: LIFETEC HOSPITALAR LTDA**  
CPF/CNPJ: 13.704.844/0001-65  
**ENDEREÇO: RUA BRAUNA, 190 CIDADE: PATOS DE MINAS**  
CEP: 38.703-800 TEL: (34) 3825-3831

**CLIENTE: À**  
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**  
Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: VITA I100 Fabricante: ALFAMED**  
**Nº de Série: V10000824**


| SERVIÇOS                                      | UNID. | VALOR               |
|---|-------|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                 |       | R\$ 145,00          |
| Calibração em Monitor                         |       | R\$ 165,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor        |       | R\$ 135,00          |
| <b>PEÇAS</b>                                  |       | <b>VALOR</b>        |
| PACK DE BATERIA EX POWER LI-ION 10.8V-2600MAH | 01    | R\$ 762,00          |
| CABO ECG 5 VIAS ALFAMED                       | 01    | R\$ 437,00          |
| CABO PNI                                      | 01    | R\$ 235,00          |
| BRAÇADEIRA                                    | 01    | R\$ 112,00          |
| CONECTOR FÊMEA                                | 01    | R\$ 98,00           |
| CONECTOR MACHO                                | 01    | R\$ 40,00           |
| SENSOR SPO2 ALFAMED                           | 01    | R\$ 470,80          |
| <b>TOTAL</b>                                  |       | <b>R\$ 2.599,80</b> |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**  
**VALIDADE DA PROPOSTA: 3 DIAS**  
**FORMA DE PAGAMENTO: ANTECIPADO**

**LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

BANCO DO BRASIL: (001)  
AG: 4669-8  
C/C: 14389-8  
CNPJ: 13.704.844/0001-65

CHAVE PIX: 13704844000165

  
**Atenciosamente**  
**Alex Vidigal**  
CFT:0131230500



## 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>             | 0288 / 00013006353-7                  |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                              |
| <b>Nome:</b>                      | MAZER COM E MANUT DE EQUIP HOSP       |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 29.392.097/0001-07                    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.600,00                          |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 05 - Pagamento de Fornecedores        |
| <b>Identificação da operação:</b> | 656                                   |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 07/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 07/08/2023 12:09:49 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00118391         |
| <b>Chave de segurança:</b> | NALJ3CS0TQQLGA94 |

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 Ribeirão Preto - SP**

Secretaria Municipal da Fazenda

Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>Série do Documento  
Nota Fiscal de Serviço  
Eletrônica - NFS-eNúmero da Nota Fiscal  
656**Dados do Prestador de Serviço****Mazer Comercio e Manutencao de Equipamentos Hospitalar Ltda  
Nova Med Hospitalar**Rua Barão do Amazonas, 1648 - Jardim Sumaré  
CEP 14025-110 - Fone: (16)3942-3758 - Ribeirão Preto/ SP  
escritorioconti@uol.com.br  
Inscrição Municipal 20107936 - CPF/CNPJ 29.392.097/0001-07Data de Geração da NFS-e  
**24/07/2023 14:19:09**Data de Competência/Emissão  
**24/07/2023**Cód. de Autenticidade  
**AB82B5B9D**

Responsável pela Retenção

**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

|  |  |              |                        |
|--|--|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação<br>Exigível                 | Número do RPS                                      | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços<br>Ribeirão Preto - São Paulo | Município Incidência<br>Ribeirão Preto - São Paulo |              |                        |

**Dados do Tomador de Serviços**

|   |   |
|---|---|
| <b>CNPJ/CPF :</b> 55.110.753/0001-41                                    | <b>IM :</b>                                     |
| <b>Razão Social :</b> IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |   |
| <b>Endereço :</b> Rua Ananias da Costa Freitas                          | <b>Número :</b> 753                             |
| <b>Complemento :</b>  | <b>Bairro :</b> Centro                          |
| <b>CEP :</b> 14180-000  | <b>Cidade/UF :</b> Pontal/ SP                   |
| <b>Telefone :</b>   | <b>E-mail :</b> contasmedicas@iscmpontal.com.br |

**Dados do Intermediário de Serviços**

|      |                     |              |
|------|---------------------|--------------|
| CNPJ | Inscrição Municipal | Razão Social |
|------|---------------------|--------------|

**Descrição dos Serviços**

MANUTENÇÃO CORRETIVA/PREVENTIVA EM EQUIPAMENTOS

870 - OS.6000 - MONITOR MULTIPARAMETRO MODELO: RD12 RD MEDIQ - NS: 20320481 - VALOR R\$ 400,00  
871 - OS.6002 - MONITOR MULTIPARAMETRO MODELO: RD12 RD MEDIQ - NS: 20320480 - VALOR R\$ 400,00  
872 - OS.6003 - MONITOR MULTIPARAMETRO MODELO: RD12 RD MEDIQ - NS: 20320478 - VALOR R\$ 400,00  
873 - OS.5998 - MONITOR MULTIPARAMETRO MODELO: VITA I100 - NS: VI10000824 - VALOR R\$ 400,00

VALOR TOTAL: R\$ 1.600,00

VENCIMENTO: 23/08/2023

DADOS BANCÁRIOS: BANCO SANTANDER AG: 0288 C/C: 13006353-7  
CONVENIO N-002/2022 - T.A. N-004/2023.

ISS SERA RECOLHIDO PELA EMPRESA PRESTADORA DO SERVIÇO.

**Detalhamento dos Tributos**

|  |                                     |                                   |                                 |  |                              |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------|
| Atividade do Município<br>140111 - Conserto, Restauracao de Aparel. Eletricos, Eletroni... |                                     | Aliquota<br><b>5,00</b>           | Item da LC116/2003<br>1401      | Cód. NBS                                   | Cód. CNAE<br>3312103         |
| <b>VI. Total dos Serviços</b><br>R\$ 1.600,00  | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 1.600,00 | Total do ISSQN<br>R\$ 80,00                | ISSQN Retido<br>Não          |
| PIS<br>R\$ 0,00  | COFINS<br>R\$ 0,00                  | INSS<br>R\$ 0,00                  | IRRF<br>R\$ 0,00                | CSLL<br>R\$ 0,00                           | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 |
|  |                                     | Cód. Obra :                       |                                 | Art. :                                     |                              |
|  |                                     |                                   |                                 | VI. Liquido da Nota Fiscal<br>R\$ 1.600,00 |                              |

**Informações Adicionais**

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

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online>

**Cliente**

**Nome:** Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal  
**Endereço:** R. Ananias da Costa Freitas - 753 - Jardim Res - CEP 14.180-000  
**Contato:** Luis Renato  
**Cidade/Estado:** Pontal / SP  
**CNPJ/CPF:** 55110753000141

**Equipamento**

**Tipo:** MONITOR MULTIPARÂMETRO **Nº de Série:** 20320481  
**Modelo:** RD12  
**Fabricante:** R&D MEDIQ

**Solução Proposta**

| Serviços Tabelados |  |                |            |
|--------------------|--|----------------|------------|
| Item               | Serviços                               | Garantia(dias) | Valor(R\$) |
| 1                  | Manutenção Preventiva em Monitor       | 365            | 130.00     |
| 2                  | Calibração de Monitor                  | 365            | 150.00     |
| 3                  | Teste de Segurança Elétrica em monitor | 365            | 120.00     |

| Peças |  |                      |      |           |        |
|-------|--|----------------------|------|-----------|--------|
| Item  | Peça   | Modelo / Fabricante  | Qtde | Valor Un. | Valor  |
| 1     | 271 BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12 - 2,3 (12V-2,3AH) |                      | 1    | 216.40    | 216.40 |
| 2     | 367 CABO ECG 05 VIAS TIPO GARRA DIXTAL LIFEMED ALFA    | 924                  | 1    | 425.00    | 425.00 |
| 3     | 100 CABO EXTENSOR SIMPLES DE PNI 2,5MT 1 VIA           |                      | 1    | 200.77    | 200.77 |
| 4     | 336 BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR                | R1880NS              | 1    | 95.00     | 95.00  |
| 5     | 12 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA)   | BP15                 | 1    | 78.60     | 78.60  |
| 6     | 14 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO)   | BP12                 | 1    | 25.00     | 25.00  |
| 7     | 618 SENSOR SPO2 ADULTO CLIP EPX 116 5PINOS             | OXILIFE PLUS / VEPEX | 1    | 370.00    | 370.00 |

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| <b>Total Serviços + Peças:</b> | R\$ 1810.77 |
|--------------------------------|-------------|

**Dados do Orçamento**

**Responsável:** VICTOR FURLAM **Frete:** FOB  
**Prazo de Entrega:** 20 dias **Estado:** Pendente  
**Validade da proposta:** 5 dias  
**Número da OS:** 6000

**Observações**

## Pagamento

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Forma de Pagamento:</b>                       | Pagamento Faturado  |
| <b>Modo de Pagamento:</b>                        | Pagamento parcelado |
| <b>Período de Pagamento da primeira Parcela:</b> | 30 dias             |
| <b>Número de Parcelas:</b>                       | 1                   |
| <b>Período entre parcelas:</b>                   | 30 dias             |
| <b>Valor da parcela:</b>                         | R\$ 1810.77         |
| <b>Valor total:</b>                              | R\$ 1810.77         |

## Autorização para realização do serviço

*Victor Furlam*

VICTOR FURLAM  
Responsável Orçamentista

Aprovado por

Renata Cristina Pereira  
Gerente Operacional  
CPF: 138.687.238-21

09/06/2023.

## Orçamento:

À  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**

**Nº de Série: 20320481**

| SERVIÇOS  | VALOR               |
|---|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                       | R\$ 140,00          |
| Calibração em Monitor                               | R\$ 160,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor              | R\$ 130,00          |
|   | <b>R\$ 430,00</b>   |
| PEÇAS   | VALOR               |
| 01-BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | R\$ 296,80          |
| 01-CABO ECG 5 VIAS                                  | R\$ 432,00          |
| 01-CABO PNI   | R\$ 225,00          |
| 01-BRAÇADEIRA                                       | R\$ 105,00          |
| 01-CONECTOR FÊMEA                                   | R\$ 92,00           |
| 01-CONECTOR MACHO                                   | R\$ 35,00           |
| 01-SENSOR SPO2                                      | R\$ 378,00          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>R\$ 1.993,80</b> |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**  
**VALIDADE DA PROPOSTA: 2 DIAS**  
**FORMA DE PAGAMENTO: Á VISTA**



**LIFETEC**  
HOSPITALAR

PATOS DE MINAS, 14 DE JUNHO DE 2023.

**ORÇAMENTO:**

**FORNECEDOR: LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

**CPF/CNPJ: 13.704.844/0001-65**

**ENDEREÇO: RUA BRAÚNA, 190 CIDADE: PATOS DE MINAS**

**CEP: 38.703-800 TEL: (34) 3825-3831**

**CLIENTE: À**

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

**Pontal-SP**

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**

**Nº de Série: 20320481**

| SERVIÇOS   | UNID. | VALOR               |
|--|-------|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                    |       | R\$ 145,00          |
| Calibração em Monitor                            |       | R\$ 165,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor           |       | R\$ 135,00          |
| <b>PEÇAS</b>                                     |       | <b>VALOR</b>        |
| BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | 01    | R\$ 368,40          |
| CABO ECG 5 VIAS                                  | 01    | R\$ 440,00          |
| CABO PNI   | 01    | R\$ 235,00          |
| BRAÇADEIRA                                       | 01    | R\$ 112,00          |
| CONECTOR FÊMEA                                   | 01    | R\$ 98,00           |
| CONECTOR MACHO                                   | 01    | R\$ 40,00           |
| SENSOR SPO2                                      | 01    | R\$ 390,00          |
| <b>TOTAL</b>                                     |       | <b>R\$ 2.128,40</b> |

R\$ 445,00

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 3 DIAS**

**FORMA DE PAGAMENTO: ANTECIPADO**

**LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

BANCO DO BRASIL: (001)

AG: 4669-8

C/C: 14389-8

CNPJ: 13.704.844/0001-65

CHAVE PIX: 13704844000165

Atenciosamente

Alex Vidigal

CFT:0131230500



**Cliente**

**Nome:** Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal  
**Endereço:** R. Ananias da Costa Freitas - 753 - Jardim Res - CEP 14.180-000  
**Contato:** Luis Renato  
**Cidade/Estado:** Pontal / SP  
**CNPJ/CPF:** 55110753000141

**Equipamento**

**Tipo:** MONITOR MULTIPARÂMETRO **Nº de Série:** 20320480  
**Modelo:** RD12  
**Fabricante:** R&D MEDIQ

**Solução Proposta**

| Serviços Tabelados |  |                |            |
|--------------------|--|----------------|------------|
| Item               | Serviços                               | Garantia(dias) | Valor(R\$) |
| 1                  | Manutenção Preventiva em Monitor       | 365            | 130.00     |
| 2                  | Calibração de Monitor                  | 365            | 150.00     |
| 3                  | Teste de Segurança Elétrica em monitor | 365            | 120.00     |

| Peças |  |                      |      |           |        |
|-------|--|----------------------|------|-----------|--------|
| Item  | Peça   | Modelo / Fabricante  | Qtde | Valor Un. | Valor  |
| 1     | 271 BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12 - 2,3 (12V-2,3AH) |                      | 1    | 216.40    | 216.40 |
| 2     | 367 CABO ECG 05 VIAS TIPO GARRA DIXTAL LIFEMED ALFA    | 924                  | 1    | 425.00    | 425.00 |
| 3     | 100 CABO EXTENSOR SIMPLES DE PNI 2,5MT 1 VIA           |                      | 1    | 200.77    | 200.77 |
| 4     | 336 BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR                | R1880NS              | 1    | 95.00     | 95.00  |
| 5     | 12 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA)   | BP15                 | 1    | 78.60     | 78.60  |
| 6     | 14 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO)   | BP12                 | 1    | 25.00     | 25.00  |
| 7     | 618 SENSOR SPO2 ADULTO CLIP EPX 116 5PINOS             | OXILIFE PLUS / VEPEX | 1    | 370.00    | 370.00 |

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| <b>Total Serviços + Peças:</b> | R\$ 1810.77 |
|--------------------------------|-------------|

**Dados do Orçamento**

**Responsável:** VICTOR FURLAM **Frete:** FOB  
**Prazo de Entrega:** 20 dias **Estado:** Pendente  
**Validade da proposta:** 5 dias  
**Número da OS:** 6002

**Observações**

## Pagamento

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Forma de Pagamento:</b>                       | Pagamento Faturado  |
| <b>Modo de Pagamento:</b>                        | Pagamento parcelado |
| <b>Período de Pagamento da primeira Parcela:</b> | 30 dias             |
| <b>Número de Parcelas:</b>                       | 1                   |
| <b>Período entre parcelas:</b>                   | 30 dias             |
| <b>Valor da parcela:</b>                         | R\$ 1810.77         |
| <b>Valor total:</b>                              | R\$ 1810.77         |

## Autorização para realização do serviço

*Victor Furlan*

VICTOR FURLAM  
Responsável Orçamentista

Aprovado por  
Renata Cristina Pereira  
Gerente Operacional  
CPF: 138.637.238-21

09/06/2023.

## Orçamento:

À  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ

Nº de Série: 20320480

| SERVIÇOS  | VALOR               |
|---|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                       | R\$ 140,00          |
| Calibração em Monitor                               | R\$ 160,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor              | R\$ 130,00          |
|   | <b>R\$ 430,00</b>   |
| PEÇAS   | VALOR               |
| 01-BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | R\$ 296,80          |
| 01-CABO ECG 5 VIAS                                  | R\$ 432,00          |
| 01-CABO PNI   | R\$ 225,00          |
| 01-BRAÇADEIRA                                       | R\$ 105,00          |
| 01-CONECTOR FÊMEA                                   | R\$ 92,00           |
| 01-CONECTOR MACHO                                   | R\$ 35,00           |
| 01-SENSOR SPO2                                      | R\$ 378,00          |
|   |                     |
| <b>TOTAL</b>  | <b>R\$ 1.993,80</b> |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 2 DIAS**

**FORMA DE PAGAMENTO: Á VISTA**



**LIFETEC**  
HOSPITALAR

PATOS DE MINAS, 14 DE JUNHO DE 2023.

**ORÇAMENTO:**

**FORNECEDOR: LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

**CPF/CNPJ: 13.704.844/0001-65**

**ENDEREÇO: RUA BRAÚNA, 190 CIDADE: PATOS DE MINAS**

**CEP: 38.703-800 TEL: (34) 3825-3831**

**CLIENTE: À**

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

**Pontal-SP**

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**

**Nº de Série: 20320480**

| SERVIÇOS   | UNID. | VALOR               |
|--|-------|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                    |       | R\$ 145,00          |
| Calibração em Monitor                            |       | R\$ 165,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor           |       | R\$ 135,00          |
| <b>PEÇAS</b>                                     |       | <b>VALOR</b>        |
| BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | 01    | R\$ 368,40          |
| CABO ECG 5 VIAS                                  | 01    | R\$ 440,00          |
| CABO PNI   | 01    | R\$ 235,00          |
| BRAÇADEIRA                                       | 01    | R\$ 112,00          |
| CONECTOR FÊMEA                                   | 01    | R\$ 98,00           |
| CONECTOR MACHO                                   | 01    | R\$ 40,00           |
| SENSOR SPO2                                      | 01    | R\$ 390,00          |
| <b>TOTAL</b>                                     |       | <b>R\$ 2.128,40</b> |

R\$ 445,00

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 3 DIAS**

**FORMA DE PAGAMENTO: ANTECIPADO**

**LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

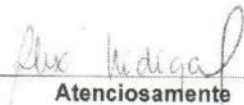
BANCO DO BRASIL: (001)

AG: 4669-8

C/C: 14389-8

CNPJ: 13.704.844/0001-65

CHAVE PIX: 13704844000165



Atenciosamente

Alex Vidigal

CFT:0131230500

**Cliente**

**Nome:** Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal  
**Endereço:** R. Ananias da Costa Freitas - 753 - Jardim Res - CEP 14.180-000  
**Contato:** Luis Renato  
**Cidade/Estado:** Pontal / SP  
**CNPJ/CPF:** 55110753000141

**Equipamento**

**Tipo:** MONITOR MULTIPARÂMETRO **Nº de Série:** 20320478  
**Modelo:** RD12  
**Fabricante:** R&D MEDIQ

**Solução Proposta**

| Serviços Tabelados |  |                |            |
|--------------------|--|----------------|------------|
| Item               | Serviços                               | Garantia(dias) | Valor(R\$) |
| 1                  | Manutenção Preventiva em Monitor       | 365            | 130.00     |
| 2                  | Calibração de Monitor                  | 365            | 150.00     |
| 3                  | Teste de Segurança Elétrica em monitor | 365            | 120.00     |

| Peças |  |                      |      |           |        |
|-------|--|----------------------|------|-----------|--------|
| Item  | Peça   | Modelo / Fabricante  | Qtde | Valor Un. | Valor  |
| 1     | 271 BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12 - 2,3 (12V-2,3AH) |                      | 1    | 216.40    | 216.40 |
| 2     | 367 CABO ECG 05 VIAS TIPO GARRA DIXTAL LIFEMED ALFA    | 924                  | 1    | 425.00    | 425.00 |
| 3     | 100 CABO EXTENSOR SIMPLES DE PNI 2,5MT 1 VIA           |                      | 1    | 200.77    | 200.77 |
| 4     | 336 BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR                | R1880NS              | 1    | 95.00     | 95.00  |
| 5     | 12 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA)   | BP15                 | 1    | 78.60     | 78.60  |
| 6     | 14 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO)   | BP12                 | 1    | 25.00     | 25.00  |
| 7     | 618 SENSOR SPO2 ADULTO CLIP EPX 116 5PINOS             | OXILIFE PLUS / VEPEX | 1    | 370.00    | 370.00 |

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| <b>Total Serviços + Peças:</b> | R\$ 1810.77 |
|--------------------------------|-------------|

**Dados do Orçamento**

**Responsável:** VICTOR FURLAM **Frete:** FOB  
**Prazo de Entrega:** 20 dias **Estado:** Pendente  
**Validade da proposta:** 5 dias  
**Número da OS:** 6003

**Observações**



## Pagamento

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Forma de Pagamento:</b>                       | Pagamento Faturado  |
| <b>Modo de Pagamento:</b>                        | Pagamento parcelado |
| <b>Período de Pagamento da primeira Parcela:</b> | 30 dias             |
| <b>Número de Parcelas:</b>                       | 1                   |
| <b>Período entre parcelas:</b>                   | 30 dias             |
| <b>Valor da parcela:</b>                         | R\$ 1810.77         |
| <b>Valor total:</b>                              | R\$ 1810.77         |

## Autorização para realização do serviço

*Victor Furlam*

VICTOR FURLAM  
Responsável Orçamentista

*[Handwritten signature]*

Aprovado por  
Renata Cristina Pereira  
Gerente Operacional  
CPF: 138.637.238-21

09/06/2023.

**Orçamento:**

À  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**

**Nº de Série: 20320478**

| SERVIÇOS  | VALOR                 |
|---|-----------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                       | R\$ 140,00            |
| Calibração em Monitor                               | R\$ 160,00            |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor              | R\$ 130,00            |
|   | <del>R\$ 430,00</del> |
| PEÇAS   | VALOR                 |
| 01-BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | R\$ 296,80            |
| 01-CABO ECG 5 VIAS                                  | R\$ 432,00            |
| 01-CABO PNI   | R\$ 225,00            |
| 01-BRAÇADEIRA                                       | R\$ 105,00            |
| 01-CONECTOR FÊMEA                                   | R\$ 92,00             |
| 01-CONECTOR MACHO                                   | R\$ 35,00             |
| 01-SENSOR SPO2                                      | R\$ 378,00            |
| <b>TOTAL</b>  | <b>R\$ 1.993,80</b>   |

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 2 DIAS**

**FORMA DE PAGAMENTO: Á VISTA**



**LIFETEC**  
HOSPITALAR

PATOS DE MINAS, 14 DE JUNHO DE 2023..

**ORÇAMENTO:**

**FORNECEDOR: LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

CPF/CNPJ: 13.704.844/0001-65

ENDEREÇO: RUA BRAÚNA, 190 CIDADE: PATOS DE MINAS

CEP: 38.703-800 TEL: (34) 3825-3831

**CLIENTE: À**

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

Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: RD12 Fabricante: R&D MEDIQ**

**Nº de Série: 20320478**

| SERVIÇOS   | UNID. | VALOR               |
|--|-------|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                    |       | R\$ 145,00          |
| Calibração em Monitor                            |       | R\$ 165,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor           |       | R\$ 135,00          |
| <b>PEÇAS</b>                                     |       | <b>VALOR</b>        |
| BATERIA CHUMBO ACIDO SELADA EP12-2.3 (12V-2.3AH) | 01    | R\$ 368,40          |
| CABO ECG 5 VIAS                                  | 01    | R\$ 440,00          |
| CABO PNI   | 01    | R\$ 235,00          |
| BRAÇADEIRA                                       | 01    | R\$ 112,00          |
| CONECTOR FÊMEA                                   | 01    | R\$ 98,00           |
| CONECTOR MACHO                                   | 01    | R\$ 40,00           |
| SENSOR SPO2                                      | 01    | R\$ 390,00          |
| <b>TOTAL</b>                                     |       | <b>R\$ 2.128,40</b> |

R\$ 445,00

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 3 DIAS**

**FORMA DE PAGAMENTO: ANTECIPADO**

**LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

BANCO DO BRASIL: (001)

AG: 4669-8

C/C: 14389-8

CNPJ: 13.704.844/0001-65

CHAVE PIX: 13704844000165

Atenciosamente

Alex Vidigal

CFT:0131230500



**Cliente**

**Nome:** Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Pontal  
**Endereço:** R. Ananias da Costa Freitas - 753 - Jardim Res - CEP 14.180-000  
**Contato:** Luis Renato  
**Cidade/Estado:** Pontal / SP  
**CNPJ/CPF:** 55110753000141

**Equipamento**

**Tipo:** MONITOR MULTIPARÂMETRO **Nº de Série:** VI10000824  
**Modelo:** VITA I100  
**Fabricante:** ALFAMED

**Solução Proposta**

| Serviços Tabelados |  |                |            |
|--------------------|--|----------------|------------|
| Item               | Serviços                               | Garantia(dias) | Valor(R\$) |
| 1                  | Manutenção Preventiva em Monitor       | 365            | 130.00     |
| 2                  | Calibração de Monitor                  | 365            | 150.00     |
| 3                  | Teste de Segurança Elétrica em monitor | 365            | 120.00     |

| Peças |  |                      |      |           |        |
|-------|--|----------------------|------|-----------|--------|
| Item  | Peça   | Modelo / Fabricante  | Qtde | Valor Un. | Valor  |
| 1     | 624 PACK DE BATERIA EX POWER LI-ION 10.8V-2600MAH    | VITA I 100 / ALFAMED | 1    | 710.50    | 710.50 |
| 2     | 307 CABO ECG 5 VIAS TIPO GARRA ALFAMED VITA I        | 3699                 | 1    | 407.00    | 407.00 |
| 3     | 102 SENSOR ADULTO CLIP CONECTOR REDEL7 PINOS 3M      |                      | 1    | 427.70    | 427.70 |
| 4     | 100 CABO EXTENSOR SIMPLES DE PNI 2,5MT 1 VIA         |                      | 1    | 200.77    | 200.77 |
| 5     | 336 BRACADEIRA ADULTO 1 VIA S/ CONECTOR              | R1880NS              | 1    | 95.00     | 95.00  |
| 6     | 14 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (MACHO) | BP12                 | 1    | 25.00     | 25.00  |
| 7     | 12 CONECTOR METAL P/ BRACADEIRA/EXTENSAO PNI (FEMEA) | BP15                 | 1    | 78.60     | 78.60  |

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| <b>Total Serviços + Peças:</b> | R\$ 2344.57 |
|--------------------------------|-------------|

**Dados do Orçamento**

**Responsável:** VICTOR FURLAM **Frete:** FOB  
**Prazo de Entrega:** 20 dias **Estado:** Pendente  
**Validade da proposta:** 5 dias  
**Número da OS:** 5998

**Observações**

## Pagamento

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Forma de Pagamento:</b>                       | Pagamento Faturado  |
| <b>Modo de Pagamento:</b>                        | Pagamento parcelado |
| <b>Período de Pagamento da primeira Parcela:</b> | 30 dias             |
| <b>Número de Parcelas:</b>                       | 1                   |
| <b>Período entre parcelas:</b>                   | 30 dias             |
| <b>Valor da parcela:</b>                         | R\$ 2344.57         |
| <b>Valor total:</b>                              | R\$ 2344.57         |

## Autorização para realização do serviço

*Victor Furlam*

VICTOR FURLAM  
Responsável Orçamentista

*Renata Cristina Pereira*  
Gerente Operacional  
CPF: 138.637.238-21

Aprovado por





**LIFETEC**  
H O S P I T A L A R

PATOS DE MINAS, 14 DE JUNHO DE 2023.

**ORÇAMENTO:**

**FORNECEDOR: LIFETEC HOSPITALAR LTDA**  
CPF/CNPJ: 13.704.844/0001-65  
ENDEREÇO: RUA BRAÚNA, 190 CIDADE: PATOS DE MINAS  
CEP: 38.703-800 TEL: (34) 3825-3831

**CLIENTE: À**  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Pontal-SP

**Tipo: MONITOR MULTIPARAMETRO Modelo: VITA I100 Fabricante: ALFAMED**  
**Nº de Série: V10000824**

| SERVIÇOS                                      | UNID. | VALOR               |
|---|-------|---------------------|
| Manutenção Preventiva Monitor                 |       | R\$ 145,00          |
| Calibração em Monitor                         |       | R\$ 165,00          |
| Teste de Segurança Elétrica em Monitor        |       | R\$ 135,00          |
| <b>PEÇAS</b>                                  |       | <b>VALOR</b>        |
| PACK DE BATERIA EX POWER LI-ION 10.8V-2600MAH | 01    | R\$ 762,00          |
| CABO ECG 5 VIAS ALFAMED                       | 01    | R\$ 437,00          |
| CABO PNI                                      | 01    | R\$ 235,00          |
| BRAÇADEIRA                                    | 01    | R\$ 112,00          |
| CONECTOR FÊMEA                                | 01    | R\$ 98,00           |
| CONECTOR MACHO                                | 01    | R\$ 40,00           |
| SENSOR SPO2 ALFAMED                           | 01    | R\$ 470,80          |
| <b>TOTAL</b>                                  |       | <b>R\$ 2.599,80</b> |

R\$ 145,00

**PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS**  
**VALIDADE DA PROPOSTA: 3 DIAS**  
**FORMA DE PAGAMENTO: ANTECIPADO**

**LIFETEC HOSPITALAR LTDA**

BANCO DO BRASIL: (001)

AG: 4669-8

C/C: 14389-8

CNPJ: 13.704.844/0001-65

CHAVE PIX: 13704844000165

*Alex Vidigal*  
Atenciosamente

Alex Vidigal

CFT:0131230500



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

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:**

858600001442 936303852320 300716232293 720119528427

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 14.493,63

**Data de débito:** 18/08/2023

**Data/hora da operação:** 18/08/2023

**Código da operação:** 00026839

**Chave de segurança:** HR24VAKCJP4R8JNV

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

ing/Emens. 44

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| CNPJ<br><b>55.110.753/0001-41</b>                          | Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |   |   |
| Período de Apuração<br><b>Julho/2023</b>                   | Data de Vencimento<br><b>18/08/2023</b>                                  | Número do Documento<br><b>07.16.23229.7201195-2</b> | Pagar este documento até<br><b>18/08/2023</b> |
| Observações<br><b>Nº Recibo Declaração: 50000154228716</b> |  |   | Valor Total do Documento<br><b>14.493,63</b>  |

### Composição do Documento de Arrecadação

| Código        | Denominação  | Principal        | Multa | Juros | Total            |
|---------------|--|------------------|-------|-------|------------------|
| 0561          | IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO  | 4.547,48         |       |       | 4.547,48         |
|               | 07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS<br>PA:07/2023 Vencimento:18/08/2023 |                  |       |       |                  |
| 1082          | CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO  | 9.946,15         |       |       | 9.946,15         |
|               | 01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO<br>PA:07/2023 Vencimento:18/08/2023                |                  |       |       |                  |
| <b>Totais</b> |  | <b>14.493,63</b> |       |       | <b>14.493,63</b> |

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

|               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 85860000144 2 | 93630385232 0 | 30071623229 3 | 72011952842 7 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|



CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Número: 07.16.23229.7201195-2  
Pagar até: 18/08/2023  
Valor: 14.493,63

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>  |
| 858100000641 291203852326 300701232160 309223962948 |

|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| <b>Convênio:</b> | DARF NUMERADO CB RFB |
| <b>Valor:</b>    | 6.429,12             |

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 08/08/2023 |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 08/08/2023 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00710517         |
| <b>Chave de segurança:</b> | TV7X74F1TRQ3VM5W |

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

989-0

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| CNPJ<br><b>55.110.753/0001-41</b>  | Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |   |   |
| Período de Apuração<br><b>31/07/2023</b>                                 | Data de Vencimento<br><b>18/08/2023</b>                                  | Número do Documento<br><b>07.01.23216.3092239-6</b> | Pagar este documento até<br><b>18/08/2023</b> |
| Observações<br><b>CONTA 989-0</b><br><b>Darf emitido pelo Sicalc Web</b> |  |   | Valor Total do Documento<br><b>6.429,12</b>   |

### Composição do Documento de Arrecadação

| Código | Denominação  | Principal       | Multa       | Juros       | Total           |
|--------|--|-----------------|-------------|-------------|-----------------|
| 5952   | RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV<br>07 CSLL/COFINS/PIS/PASEP - RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE PAGAMENTOS DE PJ A PJ DE DIREITO PRIVADO<br>PA 07/2023 Vencimento 18/08/2023 | 6.429,12        |             |             | 6.429,12        |
|        | <b>Totais</b>  | <b>6.429,12</b> | <b>0,00</b> | <b>0,00</b> | <b>6.429,12</b> |

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85810000064 1 29120385232 6 30070123216 0 30922396294 8



CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Número: 07.01.23216.3092239-6  
Pagar até: 18/08/2023  
Valor: 6.429,12

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> |                                 |              |              |
| 858600000209                                       | 739103852328                    | 300701232160 | 306619750209 |
| <b>Convênio:</b>                                   | DARF NUMERADO CB RFB            |              |              |
| <b>Valor:</b>                                      | 2.073,91                        |              |              |
| <b>Data de débito:</b>                             | 08/08/2023                      |              |              |
| <b>Data/hora da operação:</b>                      | 08/08/2023                      |              |              |
| <b>Código da operação:</b>                         | 00710431                        |              |              |
| <b>Chave de segurança:</b>                         | PXXS3SRQ5EYXV7XX                |              |              |

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

989-0

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| CNPJ<br><b>55.110.753/0001-41</b>  | Razão Social<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |   |   |
| Período de Apuração<br><b>31/07/2023</b>                                 | Data de Vencimento<br><b>18/08/2023</b>                                  | Número do Documento<br><b>07.01.23216.3066197-5</b> | Pagar este documento até<br><b>18/08/2023</b> |
| Observações<br><b>CONTA 989-0</b><br><b>Darf emitido pelo Sicalc Web</b> |  |   | Valor Total do Documento<br><b>2.073,91</b>   |

| Composição do Documento de Arrecadação |  |                 |             |             |                 |
|--|--|-----------------|-------------|-------------|-----------------|
| Código                                 | Denominação  | Principal       | Multa       | Juros       | Total           |
| 1708                                   | IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ                             | 2.073,91        |             |             | 2.073,91        |
|  | 06 IRRF - REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS PRESTADOS POR PJ |                 |             |             |                 |
|  | PA 07/2023 Vencimento 18/08/2023                                 |                 |             |             |                 |
|  | <b>Totais</b>  | <b>2.073,91</b> | <b>0,00</b> | <b>0,00</b> | <b>2.073,91</b> |

SEDA (Versão:5.1.7) Página: 1 / 1 04/08/2023 10:24:16

85860000020 9 73910385232 8 30070123216 0 30661975020 9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

|               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 85860000020 9 | 73910385232 8 | 30070123216 0 | 30661975020 9 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|



CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Número: 07.01.23216.3066197-5  
Pagar até: 18/08/2023  
Valor: 2.073,91

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>           |
| 816000000306    311334072023    308100207205    006131040070 |

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| <b>Convênio:</b> | PM DE PONTAL-SP |
| <b>Valor:</b>    | 3.031,13        |

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 08/08/2023 |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 08/08/2023 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00710632         |
| <b>Chave de segurança:</b> | AULZNRM85UNR0GUT |

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 - 2023

989-0

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

|  |                              |                                 |  |   |                                |
|--|------------------------------|---------------------------------|--|---|--------------------------------|
| Base de Cálculo<br><b>R\$ 141.564,26</b> | Qtde Notas<br><b>3</b>       | Vencimento<br><b>10/08/2023</b> | Referência<br><b>7/2023</b>                  | Tipo da Declaração<br><b>Declaração Tomador</b> | Valor Creditado<br><b>0,00</b> |
| Código de Baixa<br><b>2-613104-7-7</b>   | Cadastro<br><b>000003715</b> | Módulo<br><b>2 - Mobiliário</b> | Receita Principal<br><b>12 - ISS Tomador</b> |   |                                |
| Valor Original<br><b>R\$ 3.031,13</b>    | Correção<br><b>R\$ 0,00</b>  | Multa<br><b>R\$ 0,00</b>        | Juros<br><b>R\$ 0,00</b>                     | Valor Documento<br><b>R\$ 3.031,13</b>          |                                |

Autenticação Mecânica

Impresso em: 04/08/2023 11:40:12 por: IRMANDADE SANTA CASA



Prefeitura Municipal de Pontal  
Município de Pontal

45.352.267/0001-86

Exercício: 2023

|  |  |                              |                                 |  |                                       |
|--|--|------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|
| Contribuinte<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |  |                              |                                 |  | CPF/CNPJ<br><b>55.110.753/0001-41</b> |
| Logradouro<br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS</b>                           |  |                              | Número<br><b>00753</b>          | Complemento                                  |                                       |
| CEP<br><b>14180-000</b>  | Bairro<br><b>CENTRO</b>                | Cidade<br><b>PONTAL-SP</b>   |                                 |  |                                       |
| Vencimento<br><b>10/08/2023</b>  | Código de Baixa<br><b>2-613104-7-7</b> | Cadastro<br><b>000003715</b> | Módulo<br><b>2 - Mobiliário</b> | Receita Principal<br><b>12 - ISS Tomador</b> |                                       |
| Valor Original<br><b>R\$ 3.031,13</b>                                    | Correção<br><b>R\$ 0,00</b>            | Multa<br><b>R\$ 0,00</b>     | Juros<br><b>R\$ 0,00</b>        | Total Recebido<br><b>R\$ 3.031,13</b>        |                                       |

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% E 1% JUROS AO MÊS.

8160000030-6 31133407202-3 30810020720-5 00613104007-0

Autenticação Mecânica







## 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\$ 7.705,31                                      |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00  |
| <b>Finalidade:</b>                | 06 - Pagamento de Honorários                      |
| <b>Identificação da operação:</b> | 1503  |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 18/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 18/08/2023 11:13:18 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00116557         |
| <b>Chave de segurança:</b> | TLQG432JMQJGT5FJ |

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**  
**1503**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**TG9TV6NCH**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**11/08/2023 às 09:59:48**  
 Chave de Acesso  
 657583XA31NK7X0KKMY1PWC7A5GC5Z6Z

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<br><b>Exigível</b> | Número do Processo | Município de Incidência do ISS<br><b>PONTAL-SP</b> | Local da Prestação<br><b>PONTAL - SP</b> |
|---|--------------------|--|--|

|               |              |             |             |                   |
|---------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS | Competência       |
|               |              |             |             | <b>11/08/2023</b> |

|  |                                    |   |          |
|--|------------------------------------|---|----------|
| Optante Simples Nacional<br><b>1 - Sim</b> | Incentivo Fiscal<br><b>2 - Não</b> | Regime Especial Tributação<br><b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b> | Tipo ISS |
|--|------------------------------------|---|----------|

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|  |                                       |  |                                    |  |   |
|--|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|---|
|  | CPF/CNPJ<br><b>55.108.831/0001-73</b> | RG/Inscrição Estadual<br><b>ISENTO</b> | Inscrição Municipal<br><b>2679</b> | Cadastro<br><b>000013574</b>           | Nome/Razão Social<br><b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA.</b> |
| Logradouro<br><b>RUA 13 DE MAIO, 775</b> | Complemento                           |  |                                    | Bairro<br><b>CENTRO</b>                |   |
| CEP<br><b>14180-000</b>                  | Cidade<br><b>PONTAL-SP</b>            | Telefone<br><b>16-3953-1721</b>        |                                    | E-mail<br><b>Istmatriz@hotmail.com</b> |   |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|  |                                   |                     |  |
|--|-----------------------------------|---------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>55.110.753/0001-41</b>          | RG/Inscrição Estadual             | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |
| Logradouro<br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000</b> | Complemento                       |                     | Bairro<br><b>CENTRO</b>  |
| CEP/Cod.Postal<br><b>14180-000</b>                       | Cidade/País<br><b>PONTAL - SP</b> | Cod. IBGE           | Telefone<br><b>3540200</b>   |
|  |                                   |                     | E-mail<br><b>rh@iscmpontal.com.br</b>                                      |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição  | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|--|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS PARA SANTA CASA DE EXAMES DE ANALISES CLINICA REF JULHO/2023, CONFORME CONVÊNIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°004/2023 AO CONV N°002/2022. | 8.065,01      | R\$ 8.065,01 |

*günco*

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS****Construção Civil**

|  |                         |                       |                     |                   |                 |
|--|-------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| LC 116/2003: <b>04.02</b>  | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE         | Código da Obra    | Código ART      |
| Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografi... | <b>4,46%</b>            | <b>0000040000002</b>  | <b>8640202</b>      |                   |                 |
| Valor Total dos Serviços   | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo     | Total do ISS      | ISS Retido      |
| <b>R\$ 8.065,01</b>  | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 8.065,01</b> | <b>R\$ 359,70</b> | <b>1 - Sim</b>  |
|  |                         |                       |                     |                   | <b>R\$ 0,00</b> |

**Retenções de Impostos**

|                 |                 |                 |                 |                 |                  |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| PIS             | COFINS          | INSS            | IRRF            | CSLL            | Outras Retenções |
| <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 0,00</b>  |

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 7.705,31**

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 **1503** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **TG9TV6NCH**.

Data

CPF/RG

Assinatura

756.  
3214  
32121-4.



## 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> | 238   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 18/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 18/08/2023 11:13:04 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00116633         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 5V2ENAN2NLGLWMPW |

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**  
**238**  
 Código de Verificação de Autenticidade  
**06WG5BJ73**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**11/08/2023 às 14:31:18**  
 Chave de Acesso  
 657685WNGAOJZTEAAW9CGWC3AU6I8J

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<br><b>PONTAL-SP</b> | Local da Prestação<br><b>PONTAL - SP</b>  |
| Número do RPS                 | Série do RPS       | Tipo do RPS  | Data do RPS<br><b>11/08/2023</b>          |
| Optante Simples Nacional      | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                         | Tipo ISS<br><b>03 - Sobre Faturamento</b> |
| <b>2 - Não</b>                | <b>2 - Não</b>     | <b>Não Possui</b>                                  |   |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|   |                            |   |                              |  |
|---|----------------------------|---|------------------------------|--|
| CPF/CNPJ<br><b>34.129.327/0001-80</b>               | RG/Inscrição Estadual      | Inscrição Municipal<br><b>000009805</b> | Cadastro<br><b>000036616</b> | Nome/Razão Social<br><b>R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA</b> |
| Logradouro<br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753</b> |                            | Complemento<br><b>SALA 01</b>           | Bairro<br><b>CENTRO</b>      |  |
| CEP<br><b>14180-000</b>                             | Cidade<br><b>PONTAL-SP</b> | Telefone                                | E-mail                       |  |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|  |                                   |                     |  |
|--|-----------------------------------|---------------------|--|
| CPF/CNPJ/Documento<br><b>55.110.753/0001-41</b>          | RG/Inscrição Estadual             | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social<br><b>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |
| Logradouro<br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000</b> |                                   | Complemento         | Bairro<br><b>CENTRO</b>  |
| CEP/Cod.Postal<br><b>14180-000</b>                       | Cidade/País<br><b>PONTAL - SP</b> | Cod. IBGE           | Telefone   |
|  |                                   | <b>3540200</b>      | E-mail<br><b>rh@iscmpontal.com.br</b>                                      |

**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 JULHO/2023, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°004/2023 AO CONV N°002/2022 | 127.460,75    | R\$ 127.460,75 |

*f. Russo*

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS****Construção Civil**

|  |                         |                       |                       |                     |                       |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| LC 116/2003: <b>04.03</b>  | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE           | Código da Obra      | Código ART            |
| Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am... | <b>2,00%</b>            | <b>0000040000003</b>  | <b>8610101</b>        |                     |                       |
| Valor Total dos Serviços   | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo       | Total do ISS        | ISS Retido            |
| <b>R\$ 127.460,75</b>  | <b>R\$ 0,00</b>         | <b>R\$ 0,00</b>       | <b>R\$ 127.460,75</b> | <b>R\$ 2.549,22</b> | <b>1 - Sim</b>        |
|  |                         |                       |                       |                     | Desconto Condicionado |
|  |                         |                       |                       |                     | <b>R\$ 0,00</b>       |

**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 |
| <b>R\$ 828,49</b>        | <b>R\$ 3.823,82</b>         | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 1.911,91</b>       | <b>R\$ 1.274,61</b>       | <b>R\$ 0,00</b>  |

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 **238** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **06WG5BJ73**.

Data

CPF/RG

Assinatura

750  
3214  
63263-5.



## 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> | 240   |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 18/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 18/08/2023 11:12:49 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00116721         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 360U92P2XHQ3M8XW |

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

240

Código de Verificação de Autenticidade  
SXLBJ3Z00

Data e Hora de Emissão da NFS-e

11/08/2023 às 14:36:50

Chave de Acesso

657688S8RCK2UUX4XNJMBM8PKU7ENEK4

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<br>Exigível    | Número do Processo          | Município de Incidência do ISS<br>PONTAL-SP | Local da Prestação<br>PONTAL - SP  |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS                                 | Data do RPS<br>11/08/2023          |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Não Possui    | Tipo ISS<br>03 - Sobre Faturamento |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|  |                       |                                  |                        |   |
|--|-----------------------|----------------------------------|------------------------|---|
| CPF/CNPJ<br>34.129.327/0001-80               | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal<br>000009805 | Cadastro<br>000036616  | Nome/Razão Social<br>R3 CLÍNICA MÉDICA LTDA |
| Logradouro<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753 |                       |                                  | Complemento<br>SALA 01 | Bairro<br>CENTRO                            |
| CEP<br>14180-000                             | Cidade<br>PONTAL-SP   |                                  | Telefone               | E-mail                                      |

TOMADOR DE SERVIÇOS

|   |                            |                      |   |
|---|----------------------------|----------------------|---|
| CPF/CNPJ/Documento<br>55.110.753/0001-41          | RG/Inscrição Estadual      | Inscrição Municipal  | Nome/Razão Social<br>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro<br>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000 |                            |                      | Complemento<br>CENTRO   |
| CEP/Cod.Postal<br>14180-000                       | Cidade/Pais<br>PONTAL - SP | Cod. IBGE<br>3540200 | Telefone<br>E-mail<br>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 JULHO/2023, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°004/2023 AO CONV N°002/2022 | 5.980,00      | R\$ 5.980,00 |

*fissuco*

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 240 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO SXLBJ3Z00.

Data

CPF/RG

Assinatura

750  
3214  
63263-5





## 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\$ 3.632,00                          |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 06 - Pagamento de Honorários          |
| <b>Identificação da operação:</b> | 26942                                 |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 18/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 18/08/2023 11:12:31 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00116820         |
| <b>Chave de segurança:</b> | ONXPH1R08YY3TM74 |

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, 250 - SÃO JOÃO - SERTAOZINHO - SP

**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e**

|                                     |                                    |                           |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Número Nota Fiscal:<br><b>26942</b> | Data Emissão:<br><b>10/08/2023</b> | Chave:<br><b>FAFGYZPE</b> |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|

**ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.**

RUA . SEBASTIÃO SAMPAIO - 765 - CENTRO - SERTAOZINHO - SP - 14160-050

CNPJ/CPF: 51.819.357/0001-37

Inscr. Estadual/RG:

Email:

Telefone: 16 3946-8300

Inscrição Municipal: 109750

Local de Prestação do Serviço: Sertãozinho

Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho

Competência: 08/2023 Data Prestação: 10/08/2023

Simples Nacional: Não

Exigibilidade: Exigível

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres

**DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO**

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

Sub. Tributário: Não

RUA: ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO

PONTAL - SP - CEP: 14180000

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

E-mail: rafaela.carlatavares@bol.com.br

Telefone:

Inscrição Municipal:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTES NO MÊS DE JULHO/2023.

TA 004/2023 AO CONVÊNIO 002/2022.

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R\$. 631,19

**RETENÇÕES**

|     |      |      |       |     |       |        |        |      |       |      |      |        |      |
|-----|------|------|-------|-----|-------|--------|--------|------|-------|------|------|--------|------|
| ISS | 0,00 | IRRF | 58,05 | PIS | 25,15 | COFINS | 116,10 | CSLL | 38,70 | INSS | 0,00 | OUTROS | 0,00 |
|-----|------|------|-------|-----|-------|--------|--------|------|-------|------|------|--------|------|

**DESCONTOS**

|              |      |                |      |
|--------------|------|----------------|------|
| Condicionado | 0,00 | Incondicionado | 0,00 |
|--------------|------|----------------|------|

**VALOR SERVIÇO****3.870,00****VALORES DA NFS-e**

|                 |      |                 |          |          |        |                           |     |       |
|-----------------|------|-----------------|----------|----------|--------|---------------------------|-----|-------|
| Repasse/Dedução | 0,00 | Base de Cálculo | 3.870,00 | Aliquota | 2.00 % | Retenção ISS SEM RETENÇÃO | ISS | 77,40 |
|-----------------|------|-----------------|----------|----------|--------|---------------------------|-----|-------|

**TOTAL LIQUIDO****3.632,00**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <http://nfe.sertaozinho.sp.gov.br:9083/tb>

Recortar Aqui

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Data Emissão<br><b>10/08/2023</b> | RECEBI DA EMPRESA ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.<br>OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF<br><b>26942</b>      |   |
| Chave<br><b>FAFGYZPE</b>          |   |
| Local / Data                      | Assinatura  |

33  
2129  
13000291-6



## 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\$ 825,40                            |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                              |
| <b>Finalidade:</b>                | 06 - Pagamento de Honorários          |
| <b>Identificação da operação:</b> | 26940                                 |
| <b>Histórico:</b>                 |                                       |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 18/08/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 18/08/2023 11:12:13 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00116894         |
| <b>Chave de segurança:</b> | GQKER8ZG1V8VL71K |

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



# MUNICIPIO DE SERTÃOZINHO

14170-120 - RUA JORDAO BORGHETTI, 250 - SÃO JOÃO - SERTAOZINHO - SP

## Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

|   |                     |                             |                 |
|---|---------------------|-----------------------------|-----------------|
|   | Número Nota Fiscal: | Data Emissão:               | Chave:          |
|   | <b>26940</b>        | <b>10/08/2023</b>           | <b>IOZQFDIZ</b> |
| <b>ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.</b>                               |                     |                             |                 |
| RUA . SEBASTIÃO SAMPAIO - 765 - CENTRO - SERTAOZINHO - SP - 14160-050 |                     |                             |                 |
| CNPJ/CPF: 51.819.357/0001-37  |                     | Inscr. Estadual/RG:         |                 |
| Email:  |                     | Inscrição Municipal: 109750 |                 |
| Telefone: 16 3946-8300  |                     |                             |                 |

|  |  |
|--|--|
| <b>Local de Prestação do Serviço:</b> Sertaozinho  | <b>Local de Incidência do Serviço:</b> Sertaozinho |
| <b>Competência:</b> 08/2023 <b>Data Prestação:</b> 10/08/2023  | <b>Simplex Nacional:</b> Não                       |
| <b>Exigibilidade:</b> Exigível   |  |
| <b>Retenção de ISS:</b> SEM RETENÇÃO   |  |
| <b>Atividade:</b> 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres |  |

| DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO                              |                      |
|--|----------------------|
| <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL</b> | Sub. Tributário: Não |
| RUA: ANANIAS COSTA FREITAS,753 - CENTRO                  |                      |
| PONTAL - SP - CEP: 14180000                              |                      |
| CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41                             | Inscrição Municipal: |
| E-mail: rafaela.carlatavares@bol.com.br                  | Telefone:            |

| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS   |
|--|
| SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTES AO MÊS DE JULHO/2023.<br>TA 004/2023 AO CONVÊNIO 002/2022. |

| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES                 |
|--|
| VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R\$. 143,44 |

*Júlio*

| RETENÇÕES     |       |                  |                 |          |                  |        |              | DESCONTOS      |               |
|---------------|-------|------------------|-----------------|----------|------------------|--------|--------------|----------------|---------------|
| ISS           | IRRF  | PIS              | COFINS          | CSLL     | INSS             | OUTROS | Condicionado | Incondicionado |               |
| 0,00          | 13,19 | 5,72             | 26,38           | 8,79     | 0,00             | 0,00   | 0,00         | 0,00           |               |
| VALOR SERVIÇO |       | VALORES DA NFS-e |                 |          |                  |        |              | TOTAL LIQUIDO  |               |
| <b>879,48</b> |       | Repass/Dedução   | Base de Cálculo | Aliquota | Retenção         | ISS    |              |                | <b>825,40</b> |
|               |       | 0,00             | 879,48          | 2,00 %   | ISS SEM RETENÇÃO | 17,59  |              |                |               |

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <http://nfe.sertaozinho.sp.gov.br:9083/tb>

Recortar Aqui

|              |                   |   |
|--------------|-------------------|---|
| Data Emissão | <b>10/08/2023</b> | RECEBI DA EMPRESA ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.<br>OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA |
| Número da NF | <b>26940</b>      |   |
| Chave        | <b>IOZQFDIZ</b>   |   |
|              | Local / Data      | Assinatura  |

33  
2129  
13000 291-6



## 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 01855.332001 00016.359176 7 94510000083050 |
| <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>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>              |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>              |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>08.091.417/0001-19</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE                   |
| <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>               | 23/08/2023 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 22/08/2023 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 830,50     |
| <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>            | 830,50     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 830,50     |


**Data/hora da operação:** 22/08/2023 13:15:39

**Código da operação:** 034161716  
**Chave de segurança:** ZL229T8C7S8FXVQF

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 ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |   | <b>NF-e</b><br><b>Nº 39.286</b><br><b>SÉRIE 1</b> |
| DATA DE RECEBIMENTO   | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <b>ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES</b><br><b>RUA GUIDO BORSARO, 828 PQ DOS BANDEIRANTES</b><br><b>CEP: 14090-440 TEL. (16) 3234-7010</b><br><b>RIBEIRÃO PRETO/SP</b> | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br><br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA <b>1</b><br><b>Nº 39.286</b><br><b>SÉRIE 1</b><br><b>Folha 1 de 1</b> | <br><br><b>CHAVE DE ACESSO</b><br><b>3523 0808 0914 1700 0119 5500 1000 0392 8618 3564 6380</b><br><br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e:<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br>ou no site da SEFAZ Autorizadora |
|  | <b>NATUREZA DE OPERAÇÃO</b><br><b>VENDA DE MERCADORIA</b><br><b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b><br><b>582709323112</b>  |   |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b><br><b>NOME/RAZÃO SOCIAL</b><br><b>IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL</b><br><b>ENDEREÇO</b><br><b>R Ananias Costa Freitas 753</b><br><b>MUNICÍPIO</b><br><b>Pontal</b> |  | <b>C.N.P.J.</b><br><b>55.110.753/0001-41</b><br><br><b>U.F.</b><br><b>SP</b> | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b><br><b>ISENTO</b><br><br><b>CEP</b><br><b>14180-000</b><br><br><b>BAIRRO/DISTRITO</b><br><b>Centro</b> | <b>DATA DA EMISSÃO</b><br><b>08/08/2023</b><br><br><b>DATA DA SAÍDA/ENTRADA</b><br><b>08/08/2023</b><br><br><b>HORA DA SAÍDA</b><br><b>10:06</b> |
|---|--|--|---|--|

| NÚMERO  | VENCIMENTO | VALOR  | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---------|------------|--------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 39286/1 | 23/08/23   | 830,50 |        |            |       |        |            |       |        |            |       |        |            |       |

|  |  |
|--|--|
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>                        |  |
| <b>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</b><br><b>0,00</b>    | <b>VALOR DO ICMS</b><br><b>0,00</b>              |
| <b>VALOR DO FRETE</b><br><b>0,00</b>             | <b>VALOR DO SEGURO</b><br><b>0,00</b>            |
| <b>VALOR ICMS DESONERADO</b><br><b>0,00</b>      | <b>BASE DE CÁLCULO ICMS ST</b><br><b>0,00</b>    |
| <b>DESCONTO</b><br><b>0,00</b>                   | <b>OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS</b><br><b>0,00</b> |
| <b>VALOR DO ICMS ST</b><br><b>0,00</b>           | <b>VALOR DO IPI</b><br><b>0,00</b>               |
| <b>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</b><br><b>830,50</b> |  |
| <b>VALOR TOTAL DA NOTA</b><br><b>830,50</b>      |  |

|   |  |  |                                      |   |
|---|--|--|--------------------------------------|---|
| <b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>  |  |  |                                      |   |
| <b>NOME/RAZÃO SOCIAL</b><br><b>ENDEREÇO</b> | <b>FRETE POR CONTA</b><br><b>9-SEM FRETE</b> | <b>CODIGO ANTT</b><br><b>MUNICÍPIO</b> | <b>PLACA DO VEIC.</b><br><b>U.F.</b> | <b>C.N.P.J./C.P.F.</b><br><b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> |
| <b>QUANTIDADE</b><br><b>1,00</b>            | <b>ESPÉCIE</b><br><b>MARCA</b>               | <b>NÚMERO</b><br><b>PESO BRUTO</b>     | <b>0,50</b>                          | <b>PESO LÍQUIDO</b><br><b>0,50</b>                  |

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS  | NCM/SH     | CST / ESOSN | CFOP  | UNID. | QTDE. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR |      | ALÍQUOTAS |      |
|----------------|---|------------|-------------|-------|-------|-------|----------------|-------------|-----------|-------|------|-----------|------|
|                |   |            |             |       |       |       |                |             |           | ICMS  | IPI  | ICMS      | IPI  |
| EA0422 0000    | EQUIPO AMISET (ST1000) EA 0422 0000 ESTERELIZADO PARENTERAL C/ FILTRO FOTOPROTETOR - SAMTRONIC (CX 50UN)<br>Lote: JUL238016000501400,x50 Val:30/07/2026 | 9018.90.99 | 040         | 5.102 | Pç    | 50,00 | 16,61          | 830,50      | 0,00      | 0,00  | 0,00 | 0,00      | 0,00 |

RECEBIDO: *Sabita*

|   |   |
|---|---|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b><br><b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b><br>:: Tipo de Cobrança: BOLETO BB   :: Valor aproximado dos tributos R\$124,66 Federal; 99,66 Estadual; (27,01%) Fonte: IBPT C07872   :: Representante: VICTOR LUCAS MENEZES OTONI COSTA   :: Pedido: 26607   :: OC: 5022   Inf. Pedido: TERMO DE CONVÊNIO Nº 002/2022 - T. A Nº 004/2023   EQUIPO: Conjunto descartável de circulação assistida equipo e extensor, isenção do ICMS conforme Convênio ICMS 01/99 prorrogado até 30/04/2024, conforme Clausula XLVII do convenio ICMS 178/2021, Art.14 do anexo I do RICMS/00 | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br><b>DATA:</b> <u>09 / 08 / 23</u><br><br><b>SETOR:</b> <i>Admin</i> |
|---|---|



|   |                                       |                           |                    |  |   |
|---|---------------------------------------|---------------------------|--------------------|--|---|
| BANCO DO BRASIL   |                                       | <b>001-9</b>              |                    | Recibo do Pagador                          |   |
| Local de Pagamento<br><b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>   |                                       |                           |                    |  | Vencimento<br><b>23/08/2023</b>                         |
| Beneficiário<br><b>ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES</b>  |                                       |                           |                    |  | Agência/Código do Beneficiário<br><b>2890-8/855332-</b> |
| Endereço do Beneficiário<br><b>RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP</b>  |                                       |                           |                    |  | CNPJ do Beneficiário<br><b>08.091.417/0001-19</b>       |
| Data do Documento<br><b>08/08/2023</b>  | Número do Documento<br><b>39286/1</b> | Espécie Doc.<br><b>DM</b> | Aceite<br><b>N</b> | Data do Processamento<br><b>08/08/2023</b> | Nosso Número<br><b>18553320000016359</b>                |
| Uso do Banco  | Carteira<br><b>17</b>                 | Espécie<br><b>R\$</b>     | Quantidade         | Valor                                      | (=) Valor do Documento<br><b>830,50</b>                 |
| Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.)<br><b>Multa de 2,00 % após 23/08/2023</b><br><b>Juros/Mora ao dia: R\$ 0,28 após 23/08/2023</b><br><br><b>JUROS : 1% AO MÊS</b> |                                       |                           |                    |  | (-) Desconto/Abatimento                                 |
|   |                                       |                           |                    |  | (-) Outras Deduções                                     |
|   |                                       |                           |                    |  | (+) Mora/Multa/Juros                                    |
|   |                                       |                           |                    |  | (+) Outros Acréscimos                                   |
|   |                                       |                           |                    |  | (=) Valor Cobrado                                       |
| Pagador: IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL<br>R ANANIAS COSTA FREITAS 753,<br>14180-000 CENTRO PONTAL SP  |                                       |                           |                    |  | CPF/CNPJ do Pagador<br><b>55.110.753/0001-41</b>        |
| Beneficiário Final:   |                                       |                           |                    |  | Código de Baixa<br><b>18553320000016359</b>             |
| Recebimento através do cheque núm. _____ do banco _____   |                                       |                           |                    |  | Autenticação Mecânica                                   |
| Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.   |                                       |                           |                    |  |   |

|   |                                       |                           |                    |  |   |
|---|---------------------------------------|---------------------------|--------------------|--|---|
| BANCO DO BRASIL   |                                       | <b>001-9</b>              |                    | 00190.00009 01855.332001 00016.359176 7 94510000083050 |   |
| Local de Pagamento<br><b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>   |                                       |                           |                    |  | Vencimento<br><b>23/08/2023</b>                         |
| Beneficiário ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES - CNPJ: 08.091.417/0001-19<br>RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP  |                                       |                           |                    |  | Agência/Código do Beneficiário<br><b>2890-8/855332-</b> |
| Data do Documento<br><b>08/08/2023</b>  | Número do Documento<br><b>39286/1</b> | Espécie Doc.<br><b>DM</b> | Aceite<br><b>N</b> | Data do Processamento<br><b>08/08/2023</b>             | Nosso Número<br><b>18553320000016359</b>                |
| Uso do Banco  | Carteira<br><b>17</b>                 | Espécie<br><b>R\$</b>     | Quantidade         | Valor  | (=) Valor do Documento<br><b>830,50</b>                 |
| Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.)<br><b>Multa de 2,00 % após 23/08/2023</b><br><b>Juros/Mora ao dia: R\$ 0,28 após 23/08/2023</b><br><br><b>JUROS : 1% AO MÊS</b> |                                       |                           |                    |  | (-) Desconto/Abatimento                                 |
|   |                                       |                           |                    |  | (-) Outras Deduções                                     |
|   |                                       |                           |                    |  | (+) Mora/Multa/Juros                                    |
|   |                                       |                           |                    |  | (+) Outros Acréscimos                                   |
|   |                                       |                           |                    |  | (=) Valor Cobrado                                       |
| Pagador: IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL<br>R ANANIAS COSTA FREITAS 753,<br>14180-000 CENTRO PONTAL SP  |                                       |                           |                    |  | CPF/CNPJ do Pagador<br><b>55.110.753/0001-41</b>        |
| Beneficiário Final:   |                                       |                           |                    |  | Código de Baixa<br><b>18553320000016359</b>             |
|    |                                       |                           |                    |  | Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação            |

SIH-R<HCMP0004> Emissão 07/08/2023 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

5022

**Pedido de Compra**

022

Tipo Pedido: PRODUTO      Fornecedor: 73 - ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA-      Data Ped: 05/08/2023  
Prz.Entr: 7 DIAS      Cond.Pagto: 15 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

|  |         |              |        |        |          |
|--|---------|--------------|--------|--------|----------|
| 4563- 1 EQUIPO FOTOPROTETOR INFUSAO P/BOMBA- |         | Não Entregou |        |        |          |
| (4) FARMÁCIA                                 | 50,0000 | 16,6100      | 0,0000 | 0,0000 | 830,5000 |
| Complemento do item SAMTRONIC                |         |              |        |        |          |

Totais:

Total Bruto dos itens: 830,5000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 830,5000          | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 830,5000        |

  
COMPRAS

  
ADMINISTRAÇÃO

=====

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 100 - MARCIO GLEIZER DE SOUZA

CPF: 277.312.648.31

Período de Aquisição...: 01/02/2022 a 31/01/2023

Série CTPS.: 00193

Período das Férias.....: 04/09/2023 a 03/10/2023

Número CTPS: 0038713

Dias Férias.: 30

Retorno ao Trabalho....: 04/10/2023

Arrecadação do Recibo....: 01/09/2023

Dias Abono...: 0

Salário Base.....: R\$ 3.508,96

| Rubrica | Descrição          | Referência | Proventos | Descontos |
|---------|--------------------|------------|-----------|-----------|
| 805     | MEDIA VALOR FERIAS | 193,56     | 193,56    |           |
| 806     | MEDIA HORAS FERIAS | 183,42     | 183,42    |           |
| 807     | VANTAGENS FERIAS   | 264,00     | 264,00    |           |
| 931     | 1/3 DAS FERIAS     | 33,33      | 1.383,31  |           |
| 8783    | DIAS FERIAS        | 30,00      | 3.508,96  |           |
| 812     | INSS FERIAS        | 10,85      |           | 600,56    |
| 942     | IRRF FERIAS        | 22,50      |           | 330,15    |
|         | Totais.....:       |            | 5.533,25  | 930,71    |
|         | Líquidos.....:     |            | 4.602,54  |           |

Recebi a importância de (quatro mil e seiscentos e dois reais e cinquenta e quatro centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 1 de Setembro de 2023

  
-----  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
-----  
MARCIO GLEIZER DE SOUZA



ESPELHO DO REMESSA N° : 001227

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

|       |            |          |                         |  |
|-------|------------|----------|-------------------------|--|
| 32421 | 31/08/2023 | 4.602,54 | MARCIO GLEIZER DE SOUZA |  |
|-------|------------|----------|-------------------------|--|

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 42 - FLAVIANA REGINA NEGRAO

CPF: 310.673.618.63

Período de Aquisição....: 04/05/2022 a 03/05/2023

Série CTPS.: 00193

Período das Férias.....: 04/09/2023 a 03/10/2023

Número CTPS: 0024723

Dias Férias.: 30

Retorno ao Trabalho.....: 04/10/2023

Dias Abono.: 0

Pagamento do Recibo.....: 01/09/2023


Salário Base.....: R\$ 1.639,62

| Rubrica | Descrição          | Referência | Proventos | Descontos |
|---------|--------------------|------------|-----------|-----------|
| 805     | MEDIA VALOR FERIAS | 43,75      | 43,75     |           |
| 806     | MEDIA HORAS FERIAS | 580,76     | 580,76    |           |
| 931     | 1/3 DAS FERIAS     | 33,33      | 754,71    |           |
| 8783    | DIAS FERIAS        | 30,00      | 1.639,62  |           |
| 812     | INSS FERIAS        | 8,79       |           | 265,31    |
| 942     | IRRF FERIAS        | 7,50       |           | 19,68     |
|         | Totais.....:       |            | 3.018,84  | 284,99    |
|         | Líquidos.....:     |            | 2.733,85  |           |

Recebi a importância de (dois mil setecentos e trinta e três reais e oitenta e cinco centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 1 de Setembro de 2023

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
FLAVIANA REGINA NEGRAO



ESPELHO DO REMESSA N° : 001224

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

|       |            |          |                        |  |
|-------|------------|----------|------------------------|--|
| 32418 | 31/08/2023 | 2.733,85 | FLAVIANA REGINA NEGRAO |  |
|-------|------------|----------|------------------------|--|

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Empregado: 21 - CESAR AUGUSTO MACHADO

CPF: 319.439.238.76

Período de Aquisição....: 26/02/2022 a 25/02/2023

Série CTPS.: 00410

Período das Férias.....: 04/09/2023 a 03/10/2023

Número CTPS: 0029529

Dias Férias.: 30

Retorno ao Trabalho.....: 04/10/2023

Pagamento do Recibo.....: 01/09/2023

Dias Abono...: 0

Salário Base.....: R\$ 1.639,62

| Rubrica | Descrição          | Referência | Proventos | Descontos |
|---------|--------------------|------------|-----------|-----------|
| 806     | MEDIA HORAS FERIAS | 165,22     | 165,22    |           |
| 807     | VANTAGENS FERIAS   | 264,00     | 264,00    |           |
| 931     | 1/3 DAS FERIAS     | 33,33      | 689,61    |           |
| 8783    | DIAS FERIAS        | 30,00      | 1.639,62  |           |
| 812     | INSS FERIAS        | 8,49       |           | 234,06    |
| 942     | IRRF FERIAS        | 7,50       |           | 30,93     |
|         | Totais.....:       |            | 2.758,45  | 264,99    |
|         | Líquidos.....:     |            | 2.493,46  |           |

Recebi a importância de (dois mil quatrocentos e noventa e três reais e quarenta e seis centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 1 de Setembro de 2023

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
CESAR AUGUSTO MACHADO



ESPELHO DO REMESSA N° : 001223

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

|       |            |          |                       |  |
|-------|------------|----------|-----------------------|--|
| 32417 | 31/08/2023 | 2.493,46 | CESAR AUGUSTO MACHADO |  |
|-------|------------|----------|-----------------------|--|