



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

REPASSES AO TERCEIRO SETOR  
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - CONVÊNIO Nº 013/2022

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: ROGER FELIPE GOMES OLIVEIRA  
CPF: 469.253.738-80  
OBJETO: PRONTO ATENDIMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA  
EXERCÍCIO: 01/06/2025 até 30/06/2025 (1029-4) (577518142-1)  
ORIGEM DO RECURSO : MUNICIPAL

| DOCUMENTO                              | DATA       | VIGÊNCIA   | VALOR - R\$      |
|----------------------------------------|------------|------------|------------------|
| Termo de Convênio nº 013/2022 - PONTAL | 01/09/2022 | 31/12/2022 | R\$ 581.892,92   |
| Aditamento nº 001/2023                 | 01/01/2023 | 31/03/2023 | R\$ 519.369,69   |
| Aditamento nº 002/2023                 | 01/02/2023 | 31/03/2023 | R\$ 579.429,69   |
| Aditamento nº 003/2023                 | 01/04/2023 | 31/12/2023 | R\$ 1.852.966,62 |
| Aditamento nº 004/2024                 | 01/01/2024 | 31/03/2024 | R\$ 617.655,54   |
| Aditamento nº 005/2024                 | 01/04/2023 | 31/03/2024 | R\$ 20.000,00    |
| Aditamento nº 006/2024                 | 01/04/2023 | 31/05/2024 | R\$ 205.885,18   |
| Aditamento nº 007/2024                 | 01/04/2023 | 31/07/2024 | R\$ 205.885,18   |
| Termo de Ajuste e Quitação nº 08/2024  | 01/04/2024 | 31/07/2024 | R\$ 2.880,00     |
| Aditamento nº 008/2024                 | 01/08/2024 | 31/12/2024 | R\$ 205.885,18   |

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO

| DATA PREVISTA PARA<br>O REPASSE (2) | VALORES PREVISTOS (R\$) | DATA DO REPASSE | NÚMERO DO<br>DOCUMENTO DE<br>CRÉDITO | VALORES REPASSADOS<br>(R\$) |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 10/06/2025                          | R\$ 6.000,00            | 10/06/2025      | 101105                               | R\$ 6.000,00                |
| 10/06/2025                          | R\$ 67.985,18           | 10/06/2025      | 101106                               | R\$ 67.985,18               |
| 20/06/2025                          | R\$ 51.635,74           | 16/06/2025      | 161626                               | R\$ 51.635,74               |
| 16/06/2025                          | R\$ 76.716,00           | 16/06/2025      | 161626                               | R\$ 76.716,00               |
|                                     |                         |                 |                                      |                             |
|                                     |                         |                 |                                      | R\$ 202.336,92              |

|                                                               |                |
|---------------------------------------------------------------|----------------|
| (A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR                               | R\$ 316.330,65 |
| (B) REPASSE PÚBLICO NO EXERCÍCIO                              | R\$ 202.336,92 |
| (C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS | R\$ 1.761,80   |
| (D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)     |                |
| (E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)                      | R\$ 520.429,37 |
|                                                               | R\$ -          |
| (F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA                |                |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E+F)          | R\$ 520.429,37 |





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

(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.

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 no mês vigente, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

| DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO   |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIGEM DOS RECURSOS : MUNICIPAL                      |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| CATEGORIA OU<br><br>FINALIDADE DA<br><br>DESPESA (8) | DESPESAS<br><br>CONTABILIZADAS<br><br>NESTE EXERCÍCIO<br><br>(R\$) | DESPESAS<br>CONTABILIZADAS<br>EM EXERCÍCIOS<br>ANTERIORES E<br>PAGAS NESTE<br>EXERCÍCIO<br><br>(R\$) (H) | DESPESAS<br>CONTABILIZADAS<br>NESTE EXERCÍCIO E<br>PAGAS NESTE<br>EXERCÍCIO<br><br>(R\$) (I) | TOTAL DE DESPESAS<br><br>PAGAS NESTE<br><br>EXERCÍCIO<br><br>(R\$) (J=H+I) | DESPESAS CONTABILIZADAS<br><br>NESTE EXERCÍCIO A PAGAR<br><br>EM EXERCÍCIOS SEGUINTE<br><br>(R\$) |
| Recursos Humanos<br>Salários (5)                     | R\$ 46.421,68                                                      |                                                                                                          | R\$ 46.421,68                                                                                | R\$ 46.421,68                                                              |                                                                                                   |
| Recursos Humanos<br>Férias(6)                        | R\$ 8.340,55                                                       |                                                                                                          | R\$ 8.340,55                                                                                 | R\$ 8.340,55                                                               |                                                                                                   |
| Medicamentos                                         | R\$ 4.551,34                                                       |                                                                                                          | R\$ 4.551,34                                                                                 | R\$ 4.551,34                                                               |                                                                                                   |
| Material Hospitalar                                  | R\$ 4.464,66                                                       |                                                                                                          | R\$ 4.464,66                                                                                 | R\$ 4.464,66                                                               |                                                                                                   |
| Gênero Alimentícios                                  |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| Insumos                                              | R\$ 1.524,90                                                       |                                                                                                          | R\$ 1.524,90                                                                                 | R\$ 1.524,90                                                               |                                                                                                   |
| Produtos<br>Limp./Lavanderia                         |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| Serviços Médicos                                     | R\$ 126.633,56                                                     |                                                                                                          | R\$ 126.633,56                                                                               | R\$ 126.633,56                                                             |                                                                                                   |
| Impostos                                             | R\$ 15.011,87                                                      |                                                                                                          | R\$ 15.011,87                                                                                | R\$ 15.011,87                                                              |                                                                                                   |
| Serviços de Terceiros                                | R\$ 6.000,00                                                       |                                                                                                          | R\$ 6.000,00                                                                                 | R\$ 6.000,00                                                               |                                                                                                   |
| Locações diversas                                    |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| Utilidades Públicas (7)                              |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| Combustível                                          |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| Bens e materias<br>permanentes                       |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| Obras                                                |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| Despesas Bancárias                                   |                                                                    |                                                                                                          |                                                                                              |                                                                            |                                                                                                   |
| Outras despesas                                      | R\$ 223.287,41                                                     |                                                                                                          | R\$ 223.287,41                                                                               | R\$ 223.287,41                                                             |                                                                                                   |
| TOTAL                                                | R\$ 436.235,97                                                     | R\$ -                                                                                                    | R\$ 436.235,97                                                                               | R\$ 436.235,97                                                             | R\$ -                                                                                             |





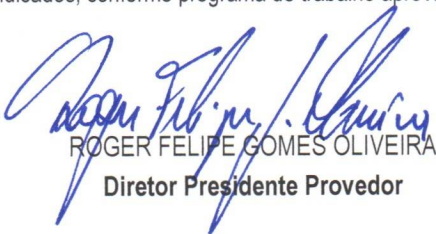
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
R. Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro  
CEP: 14180-000 - Pontal/SP  
Fone: (16) 3953-9100

- (4) Verba: Federal, Estadual e Recursos Próprios, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso
- (5) Salários, encargos e benefícios.
- (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 parq entidades da área da Saúde.

| DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO                    |     |            |
|-------------------------------------------------------------------|-----|------------|
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO                    | R\$ | 520.429,37 |
| (J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)                             | R\$ | 436.235,97 |
| (K) RECURSOS PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]                   | R\$ | 84.193,40  |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO                              |     |            |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L) | R\$ | 84.193,40  |

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.

  
ROGER FELIPE GOMES OLIVEIRA  
Diretor Presidente Provedor

Pontal, 15 de julho de 2025

rfgo/tgr



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 - 14.180-000 - PONTAL - SP  
RESPONSÁVEL PELA ORG. SOCIAL: ROGER FELIPE GOMES OLIVEIRA  
CPF: 469.253.738-80  
OBJETO DO CONVÊNIO: PRONTO ATENDIMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA  
EXERCÍCIO: 01/06/2025 até 30/06/2025 (1029-4) (577518142-1)

| DOCUMENTO                              | DATA       | VIGÊNCIA   | VALOR            |
|----------------------------------------|------------|------------|------------------|
| TERMO DE CONVÊNIO N° 013/2022 - PONTAL | 01/09/2022 | 31/12/2022 | R\$ 581.892,92   |
| ADITAMENTO N° 001/2023                 | 01/01/2023 | 31/03/2023 | R\$ 519.369,69   |
| ADITAMENTO N° 002/2023                 | 01/02/2023 | 31/03/2023 | R\$ 579.429,69   |
| ADITAMENTO N° 003/2023                 | 01/04/2023 | 31/12/2023 | R\$ 1.852.966,62 |
| ADITAMENTO N° 004/2024                 | 01/01/2024 | 31/03/2024 | R\$ 617.655,54   |
| Aditamento n° 005/2024                 | 01/04/2023 | 31/03/2024 | R\$ 20.000,00    |
| Aditamento n° 006/2024                 | 01/04/2023 | 31/05/2024 | R\$ 205.885,18   |
| Aditamento n° 007/2024                 | 01/04/2023 | 31/07/2024 | R\$ 205.885,18   |
| Termo de Ajuste e Quitação n° 08/2024  | 01/04/2024 | 31/07/2024 | R\$ 2.880,00     |
| Aditamento n° 008/2024                 | 01/08/2024 | 31/12/2024 | R\$ 205.885,18   |

| DATA DO DOCUMENTO | ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL | FORNECEDOR/PRESTADOR           | NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE | VALOR (BRUTO) | RETENÇÃO ENCARGOS | VALOR PAGO P/ CONVÊNIO | Nº CH ou DOC. DÉBITO | DATA DA COMPENSAÇÃO |
|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | DANILA FERNANDA SOUZA OLIVEIRA | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 2.515,69  | R\$ 502,36        | R\$ 2.013,33           | 945619563            | 05/06/2025          |
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | JURACI NUNES DE MACEDO         | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 1.815,51  | R\$ 1.028,79      | R\$ 786,72             | 945619563            | 05/06/2025          |
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | JUSIMARIA SILVA E OLIVEIRA     | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 1.996,50  | R\$ 493,44        | R\$ 1.503,06           | 945619563            | 05/06/2025          |
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | ALEXANDRA MARIA PONTES         | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 4.241,01  | R\$ 1.140,35      | R\$ 3.100,66           | 945619563            | 05/06/2025          |
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | ALICIA MARTINS DOS SANTOS      | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 3.024,05  | R\$ 304,10        | R\$ 2.719,95           | 945619563            | 05/06/2025          |
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | APARECIDA DONIZETE DOS SANTOS  | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 3.024,05  | R\$ 398,44        | R\$ 2.625,61           | 945619563            | 05/06/2025          |
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | ARIADINA MARQUES DA COSTA      | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 3.326,33  | R\$ 778,33        | R\$ 2.548,00           | 945619563            | 05/06/2025          |
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | CINTHIA CAROLINE DA SILVA      | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 3.809,90  | R\$ 475,33        | R\$ 3.334,57           | 945619563            | 05/06/2025          |
| 31/05/2025        | SALÁRIOS                          | DAILAINE SOARES PAES           | RECURSOS HUMANOS                  | R\$ 3.583,09  | R\$ 824,86        | R\$ 2.758,23           | 945619563            | 05/06/2025          |



**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

|            |                        |                                    |                  |              |              |                      |           |            |
|------------|------------------------|------------------------------------|------------------|--------------|--------------|----------------------|-----------|------------|
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | EDILAINE DOS SANTOS                | RECURSOS HUMANOS | R\$ 3.998.46 | R\$ 2.116.74 | R\$ 1.881.72         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | EDMEIA SILVESTRE SOARES            | RECURSOS HUMANOS | R\$ 5.257.86 | R\$ 3.381.75 | R\$ 1.876.11         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | EDUARDA CATARINA GOMES             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 3.504.80 | R\$ 1.528.98 | R\$ 1.975.82         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | ELAINE BRAULINO FERREIRA           | RECURSOS HUMANOS | R\$ 4.415.64 | R\$ 2.406.23 | R\$ 2.009.41         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | ELISANGELA DE JESUS AZEVEDO        | RECURSOS HUMANOS | R\$ 3.705.72 | R\$ 479.07   | R\$ 3.226.65         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | GRACIELA VIEIRA DE OLIVEIRA        | RECURSOS HUMANOS | R\$ 3.728.16 | R\$ 414.76   | R\$ 3.313.40         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | ERICA FERNANDA DA SILVA            | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.956.79 | R\$ 465.80   | R\$ 2.490.99         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | JESSICA CRISTINA VICENTE           | RECURSOS HUMANOS | R\$ 2.014.88 | R\$ 872.75   | R\$ 1.142.13         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | OSVALDO PEREIRA DOS ANJOS JUNIOR   | RECURSOS HUMANOS | R\$ 5.213.52 | R\$ 3.455.33 | R\$ 1.758.19         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SALÁRIOS               | PAULA DA SILVA VIANA               | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.781.38 | R\$ 137.55   | R\$ 1.643.83         | 945619563 | 05/06/2025 |
| 31/05/2025 | SEG DE VIDA            | FOLHA DE PAGAMENTO                 | RECURSOS HUMANOS | R\$ 267.99   | R\$ -        | R\$ 267.99           | 277585125 | 10/06/2025 |
| 31/05/2025 | SINDICATO              | FOLHA DE PAGAMENTO                 | RECURSOS HUMANOS | R\$ 210.00   | R\$ -        | R\$ 210.00           | 277493170 | 10/06/2025 |
| 31/05/2025 | SERMED SAÚDE           | FOLHA DE PAGAMENTO                 | RECURSOS HUMANOS | R\$ 816.18   | R\$ -        | R\$ 816.18           | 277664620 | 10/06/2025 |
| 31/05/2025 | 1º PARC QUEIMA DO ALHO | FOLHA DE PAGAMENTO                 | RECURSOS HUMANOS | R\$ 800.00   | R\$ -        | R\$ 800.00           | 277849269 | 10/06/2025 |
| 31/05/2025 | EMPR CONSIGN.          | SICREDI PARQUE DAS ARAUCARIAS      | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.323.08 | R\$ -        | R\$ 1.323.08         | 277777730 | 10/06/2025 |
| 31/05/2025 | SERMED ODONTO          | RODRIGUES LEIRA ODONTOLOGIA        | RECURSOS HUMANOS | R\$ 256.27   | R\$ -        | R\$ 256.27           | 277534122 | 10/06/2025 |
| 31/05/2025 | FUNERÁRIA              | REDE IDEAL ASSIST A SEGURADOS LTDA | RECURSOS HUMANOS | R\$ 39.78    | R\$ -        | R\$ 39.78            | 277751382 | 10/06/2025 |
| 30/06/2025 | ELAINE B FERREIRA      | FÉRIAS                             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 4.161.75 | R\$ -        | R\$ 4.161.75         | 216016865 | 27/06/2025 |
| 30/06/2025 | JESSICA C VICENTE      | FÉRIAS                             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 1.146.16 | R\$ -        | R\$ 1.146.16         | 216016865 | 27/06/2025 |
| 30/06/2025 | OSVALDO P DOS ANJOS    | FÉRIAS                             | RECURSOS HUMANOS | R\$ 3.032.64 | R\$ -        | R\$ 3.032.64         | 216016865 | 27/06/2025 |
|            |                        |                                    |                  |              |              | <b>R\$ 54.762,23</b> |           |            |

| DATA DO DOCUMENTO            | ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL | FORNECEDOR/PRESTADOR               | NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE | VALOR (BRUTO) | RETENÇÃO ENCARGOS | VALOR PAGO P/ CONVÊNIO | Nº CH ou DOC. DÉBITO | DATA DA COMPENSAÇÃO |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>IMPOSTOS RETIDOS</b>      |                                   |                                    |                                   |               |                   |                        |                      |                     |
| 06/06/2025                   | FGTS FUNCIONÁRIOS                 | GUIA DE RECOLHIMENTO- FGTS         | IMPOSTOS RETIDOS                  | R\$ 5.025.90  | R\$ -             | R\$ 5.025.90           | 672640943            | 17/06/2025          |
| 06/06/2025                   | FGTS FUNCIONÁRIOS                 | GUIA DE RECOLHIMENTO- FGTS         | IMPOSTOS RETIDOS                  | R\$ 1.456.30  | R\$ -             | R\$ 1.456.30           | 735348126            | 18/06/2025          |
| 17/06/2025                   | GUIA                              | DARF IRRF                          | IMPOSTOS RETIDOS                  | R\$ 744.60    | R\$ -             | R\$ 744.60             | 761896690            | 18/06/2025          |
| 09/06/2025                   | PM DE PONTAL                      | GUIA DE RECOLHIMENTO DE ISSQN      | IMPOSTOS RETIDOS                  | R\$ 961.32    | R\$ -             | R\$ 961.32             | 86677174             | 10/06/2025          |
| 06/06/2025                   | GUIA                              | DARF IRRF/CP SEGURADOS             | IMPOSTOS RETIDOS                  | R\$ 6.823.75  | R\$ -             | R\$ 6.823.75           | 92067568             | 17/06/2025          |
|                              |                                   |                                    |                                   |               |                   | <b>R\$ 15.011,87</b>   |                      |                     |
| <b>SERVIÇOS DE TERCEIROS</b> |                                   |                                    |                                   |               |                   |                        |                      |                     |
| 05/05/2025                   | 14004                             | R MARCON PROD LIMPEZA LTDA         | SERVICOS DE TERCEIROS             | R\$ 6.000.00  | R\$ -             | R\$ 6.000.00           | 48050775298          | 10/06/2025          |
|                              |                                   |                                    |                                   |               |                   | <b>R\$ 6.000,00</b>    |                      |                     |
| <b>INSUMOS</b>               |                                   |                                    |                                   |               |                   |                        |                      |                     |
| 08/05/2025                   | 9427                              | DROGAL FARMACEUTICA LTDA           | INSUMOS                           | R\$ 144.90    | R\$ -             | R\$ 144.90             | 48398270138          | 17/06/2025          |
| 06/05/2025                   | 77196                             | SERTPEL COM MAT HIG E LIMPEZA LTDA | INSUMOS                           | R\$ 1.380.00  | R\$ -             | R\$ 1.380.00           | 47778286949          | 05/06/2025          |
|                              |                                   |                                    |                                   |               |                   | <b>R\$ 1.524,90</b>    |                      |                     |





**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

| MEDICAMENTOS |         |                                |                     |              |       |                     |             |            |
|--------------|---------|--------------------------------|---------------------|--------------|-------|---------------------|-------------|------------|
| 06/05/2025   | 107751  | HDL LOG HOSPITALAR             | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ 2.526,03 | R\$ - | R\$ 2.526,03        | 47778331900 | 05/06/2025 |
| 06/05/2025   | 71765   | CIRURGICA RIB PRETO LTDA       | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ 326,30   | R\$ - | R\$ 326,30          | 47778450403 | 05/06/2025 |
| 08/05/2025   | 23784   | BMG DIST PROD HOSP LTDA        | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ 1.072,98 | R\$ - | R\$ 1.072,98        | 47778309416 | 05/06/2025 |
| 06/05/2025   | 2002753 | COM CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA | MATERIAL HOSPITALAR | R\$ 539,35   | R\$ - | R\$ 539,35          | 47778477747 | 05/06/2025 |
|              |         |                                |                     |              |       | <b>R\$ 4.464,66</b> |             |            |

| MATERIAL HOSPITALAR |         |                                |              |              |          |                     |             |            |
|---------------------|---------|--------------------------------|--------------|--------------|----------|---------------------|-------------|------------|
| 15/05/2025          | 273238  | LUMAR COM PROD FARMACEUTICOS   | MEDICAMENTOS | R\$ 850,41   | R\$ -    | R\$ 850,41          | 48050794791 | 10/06/2025 |
| 05/05/2025          | 107655  | HDL LOG HOSPITALAR             | MEDICAMENTOS | R\$ 558,20   | R\$ -    | R\$ 558,20          | 47778498531 | 05/06/2025 |
| 07/05/2025          | 2423    | DROGARIA LIRA E GENARI LTDA    | MEDICAMENTOS | R\$ 111,82   | R\$ -    | R\$ 111,82          | 48010164313 | 09/06/2025 |
| 05/05/2025          | 2002175 | COM CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA | MEDICAMENTOS | R\$ 2.959,83 | R\$ -    | R\$ 2.959,83        | 47778420480 | 05/06/2025 |
| 05/05/2025          | 543462  | HDL LOG HOSPITALAR             | MEDICAMENTOS | R\$ 69,00    | R\$ 2,08 | R\$ 71,08           | EXTRATO     | 06/06/2025 |
|                     |         |                                |              |              |          | <b>R\$ 4.551,34</b> |             |            |

| SERVICOS MÉDICOS |       |                                    |                  |               |            |                       |           |            |
|------------------|-------|------------------------------------|------------------|---------------|------------|-----------------------|-----------|------------|
| 13/06/2025       | 568   | TOTAL HEALTH CLIN MEDICA           | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 4.480,00  | R\$ 275,52 | R\$ 4.204,48          | 99406475  | 23/06/2025 |
| 13/06/2025       | 16    | M. MASTRANGE SERV MED LTDA         | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 19.110,00 | R\$ -      | R\$ 19.110,00         | 99361416  | 23/06/2025 |
| 11/06/2025       | 34637 | ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA        | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 460,00    | R\$ 21,39  | R\$ 438,61            | 99808762  | 23/06/2025 |
| 16/06/2025       | 68    | IFS SERV MED LTDA                  | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 3.270,00  | R\$ -      | R\$ 3.270,00          | 99704615  | 23/06/2025 |
| 16/06/2025       | 46    | GHG SERV MED LTDA                  | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 3.924,00  | R\$ -      | R\$ 3.924,00          | 99958137  | 23/06/2025 |
| 18/06/2025       | 40    | LC SAUDE LTDA                      | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 9.156,00  | R\$ -      | R\$ 9.156,00          | 5169      | 23/06/2025 |
| 13/06/2025       | 23    | BEATRIZ MAINE BERG LTDA            | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 1.308,00  | R\$ -      | R\$ 1.308,00          | 99461895  | 23/06/2025 |
| 16/06/2025       | 77    | CLIN MEDICA VENDRAME LTDA          | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 7.392,00  | R\$ -      | R\$ 7.392,00          | 99756834  | 23/06/2025 |
| 13/06/2025       | 654   | CLIN ORTOPEDICA MICHELETO          | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 5.232,00  | R\$ 426,41 | R\$ 4.805,59          | 99311924  | 23/06/2025 |
| 17/06/2025       | 128   | CLIN MED DRA NAYARA MICHELETO LTDA | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 24.220,00 | R\$ 547,37 | R\$ 23.672,63         | 99891260  | 23/06/2025 |
| 16/06/2025       | 243   | IGOR ALVES SERV MED LTDA           | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 5.886,00  | R\$ -      | R\$ 5.886,00          | 733408166 | 18/06/2025 |
| 16/06/2025       | 3     | ELOISA POLETTO SERV MED LTDA       | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 654,00    | R\$ -      | R\$ 654,00            | 98844274  | 23/06/2025 |
| 17/06/2025       | 56    | TRS SERV DE SAUDE LTDA             | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 1.308,00  | R\$ -      | R\$ 1.308,00          | 85041     | 23/06/2025 |
| 13/06/2025       | 68    | JFC SERV MED LTDA                  | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 11.772,00 | R\$ -      | R\$ 11.772,00         | 98881827  | 23/06/2025 |
| 17/06/2025       | 12    | FELIPE AUGUSTO OL PEREIRA LTDA     | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 1.308,00  | R\$ -      | R\$ 1.308,00          | 2203022   | 23/06/2025 |
| 13/06/2025       | 3     | EDSON SANTOS SERV MED LTDA         | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 2.616,00  | R\$ -      | R\$ 2.616,00          | 99230998  | 23/06/2025 |
| 18/06/2025       | 1821  | LAB ANALISES CLIN STA TEREZA S/S   | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 3.365,74  | R\$ 274,31 | R\$ 3.091,43          | 99843995  | 23/06/2025 |
| 16/06/2025       | 17    | CLIN MED MENESIO SANTOS LTDA       | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 5.886,00  | R\$ -      | R\$ 5.886,00          | 99657024  | 23/06/2025 |
| 13/06/2025       | 155   | MCS CAMPOS LTDA                    | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 5.232,00  | R\$ 173,18 | R\$ 5.058,82          | 99263881  | 23/06/2025 |
| 16/06/2025       | 89    | ADRIEL COSTA SERV MED LTDA         | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 4.578,00  | R\$ -      | R\$ 4.578,00          | 98791403  | 23/06/2025 |
| 13/06/2025       | 72    | VALADARES SERV MED LTDA            | SERVICOS MÉDICOS | R\$ 7.194,00  | R\$ -      | R\$ 7.194,00          | 99610242  | 23/06/2025 |
|                  |       |                                    |                  |               |            | <b>R\$ 126.633,56</b> |           |            |





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

| OUTRAS DESPESAS |           |                                  |                 |     |            |     |   |                |
|-----------------|-----------|----------------------------------|-----------------|-----|------------|-----|---|----------------|
| 10/06/2025      | DEVOLUÇÃO | DEVOLUÇÃO EMPRESTIMO REC PRÓPRIO | OUTRAS DESPESAS | R\$ | 223.287,41 | R\$ | - | R\$ 223.287,41 |
|                 |           |                                  |                 |     |            |     |   | 274500958      |
|                 |           |                                  |                 |     |            |     |   | R\$ 223.287,41 |
|                 |           |                                  |                 |     |            |     |   | 10/06/2025     |

R\$

436.235,97

Pontal, 15 de julho de 2025

ROGER FELIPE GOMES OLIVEIRA

Diretor Presidente Provedor

rfo/tgr





Extrato por período

Cliente: IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL

Conta: 3472 | 1292 | 000577518142-1

Data: 03/07/2025 - 08:22

Mês: Junho/2025

Período: 1 - 30

Extrato

| Data Mov.  | Nr. Doc. | Histórico      | Valor        | Saldo        |
|------------|----------|----------------|--------------|--------------|
|            | 000000   | SALDO ANTERIOR | 0,00         | 122.944,16 C |
| 02/06/2025 | 000000   | APLIC FUND     | 122.944,16 D | 0,00 C       |
| 02/06/2025 | 000000   | SALDO DIA      | 0,00 C       | 0,00 C       |
| 05/06/2025 | 051321   | ENVIO TEV      | 42.708,38 D  | 42.708,38 D  |
| 05/06/2025 | 051322   | PAG BOLETO     | 1.380,00 D   | 44.088,38 D  |
| 05/06/2025 | 051322   | PAG BOLETO     | 1.072,98 D   | 45.161,36 D  |
| 05/06/2025 | 051323   | PAG BOLETO     | 2.526,03 D   | 47.687,39 D  |
| 05/06/2025 | 051324   | PAG BOLETO     | 2.959,83 D   | 50.647,22 D  |
| 05/06/2025 | 051324   | PAG BOLETO     | 326,30 D     | 50.973,52 D  |
| 05/06/2025 | 051325   | PAG BOLETO     | 539,35 D     | 51.512,87 D  |
| 05/06/2025 | 051325   | PAG BOLETO     | 558,20 D     | 52.071,07 D  |
| 05/06/2025 | 000000   | RESG AUT       | 52.071,07 C  | 0,00 C       |
| 05/06/2025 | 000000   | SALDO DIA      | 0,00 C       | 0,00 C       |
| 09/06/2025 | 091632   | PAG BOLETO     | 111,82 D     | 111,82 D     |
| 09/06/2025 | 000000   | RESG AUT       | 111,82 C     | 0,00 C       |
| 09/06/2025 | 000000   | SALDO DIA      | 0,00 C       | 0,00 C       |
| 10/06/2025 | 101105   | CRED TEV       | 6.000,00 C   | 6.000,00 C   |
| 10/06/2025 | 101106   | CRED TEV       | 67.985,18 C  | 73.985,18 C  |
| 10/06/2025 | 101208   | PG PREFEIT     | 961,32 D     | 73.023,86 C  |
| 10/06/2025 | 101208   | ENVIO TEV      | 223.287,41 D | 150.263,55 D |
| 10/06/2025 | 101209   | ENVIO TEV      | 210,00 D     | 150.473,55 D |
| 10/06/2025 | 101209   | ENVIO TEV      | 256,27 D     | 150.729,82 D |
| 10/06/2025 | 101210   | ENVIO TEV      | 267,99 D     | 150.997,81 D |
| 10/06/2025 | 101210   | ENVIO TEV      | 816,18 D     | 151.813,99 D |
| 10/06/2025 | 101210   | ENVIO TEV      | 39,78 D      | 151.853,77 D |
| 10/06/2025 | 101211   | ENVIO TEV      | 1.323,08 D   | 153.176,85 D |
| 10/06/2025 | 101211   | ENVIO TEV      | 800,00 D     | 153.976,85 D |
| 10/06/2025 | 101211   | PAG BOLETO     | 6.000,00 D   | 159.976,85 D |

|            |        |            |              |              |
|------------|--------|------------|--------------|--------------|
| 10/06/2025 | 101212 | PAG BOLETO | 850,41 D     | 160.827,26 D |
| 10/06/2025 | 000000 | RESG AUT   | 160.827,26 C | 0,00 C       |
| 10/06/2025 | 000000 | SALDO DIA  | 0,00 C       | 0,00 C       |
| 11/06/2025 | 000000 | DEB AUTOR  | 71,08 D      | 71,08 D      |
| 11/06/2025 | 000000 | RESG AUT   | 71,08 C      | 0,00 C       |
| 11/06/2025 | 000000 | SALDO DIA  | 0,00 C       | 0,00 C       |
| 16/06/2025 | 161626 | CRED TEV   | 51.635,74 C  | 51.635,74 C  |
| 16/06/2025 | 161626 | CRED TEV   | 76.716,00 C  | 128.351,74 C |
| 16/06/2025 | 000000 | SALDO DIA  | 0,00 C       | 128.351,74 C |
| 17/06/2025 | 171433 | PG ORG GOV | 6.823,75 D   | 121.527,99 C |
| 17/06/2025 | 171434 | ENVIO TEV  | 5.025,90 D   | 116.502,09 C |
| 17/06/2025 | 171434 | PAG BOLETO | 144,90 D     | 116.357,19 C |
| 17/06/2025 | 000000 | SALDO DIA  | 0,00 C       | 116.357,19 C |
| 18/06/2025 | 181701 | ENVIO TEV  | 1.456,30 D   | 114.900,89 C |
| 18/06/2025 | 181703 | PG ORG GOV | 744,60 D     | 114.156,29 C |
| 18/06/2025 | 408166 | ENVIO TED  | 5.886,00 D   | 108.270,29 C |
| 18/06/2025 | 000000 | SALDO DIA  | 0,00 C       | 108.270,29 C |
| 23/06/2025 | 881827 | ENVIO TED  | 11.772,00 D  | 96.498,29 C  |
| 23/06/2025 | 891260 | ENVIO TED  | 23.672,63 D  | 72.825,66 C  |
| 23/06/2025 | 230998 | ENVIO TED  | 2.616,00 D   | 70.209,66 C  |
| 23/06/2025 | 263881 | ENVIO TED  | 5.058,82 D   | 65.150,84 C  |
| 23/06/2025 | 791403 | ENVIO TED  | 4.578,00 D   | 60.572,84 C  |
| 23/06/2025 | 844274 | ENVIO TED  | 654,00 D     | 59.918,84 C  |
| 23/06/2025 | 461895 | ENVIO TED  | 1.308,00 D   | 58.610,84 C  |
| 23/06/2025 | 657024 | ENVIO TED  | 5.886,00 D   | 52.724,84 C  |
| 23/06/2025 | 311924 | ENVIO TED  | 4.805,59 D   | 47.919,25 C  |
| 23/06/2025 | 610242 | ENVIO TED  | 7.194,00 D   | 40.725,25 C  |
| 23/06/2025 | 361416 | ENVIO TED  | 19.110,00 D  | 21.615,25 C  |
| 23/06/2025 | 406475 | ENVIO TED  | 4.204,48 D   | 17.410,77 C  |
| 23/06/2025 | 704615 | ENVIO TED  | 3.270,00 D   | 14.140,77 C  |
| 23/06/2025 | 843995 | ENVIO TED  | 3.091,43 D   | 11.049,34 C  |
| 23/06/2025 | 756834 | ENVIO TED  | 7.392,00 D   | 3.657,34 C   |
| 23/06/2025 | 808762 | ENVIO TED  | 438,61 D     | 3.218,73 C   |
| 23/06/2025 | 958137 | ENVIO TED  | 3.924,00 D   | 705,27 D     |
| 23/06/2025 | 005169 | ENVIO TED  | 9.156,00 D   | 9.861,27 D   |
| 23/06/2025 | 085041 | ENVIO TED  | 1.308,00 D   | 11.169,27 D  |
| 23/06/2025 | 203022 | ENVIO TED  | 1.308,00 D   | 12.477,27 D  |
| 23/06/2025 | 000000 | RESG AUT   | 12.477,27 C  | 0,00 C       |



|            |        |           |            |            |
|------------|--------|-----------|------------|------------|
| 23/06/2025 | 000000 | SALDO DIA | 0,00 C     | 0,00 C     |
| 27/06/2025 | 271443 | ENVIO TEV | 8.340,55 D | 8.340,55 D |
| 27/06/2025 | 000000 | RESG AUT  | 8.340,55 C | 0,00 C     |
| 27/06/2025 | 000000 | SALDO DIA | 0,00 C     | 0,00 C     |

\* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

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>03/07/2025 |
|-------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|

|                                        |                                     |                                              |
|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| 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(%) | No Ano(%) | Nos Últimos 12 Meses(%) | Cota em: 30/05/2025 | Cota em: 30/06/2025 |
|-----------|-----------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 1,1003    | 6,5416    | 12,2053                 | 2,63946200          | 2,66850400          |

**Administradora**

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

**Cliente**

|                                        |                                |                                       |                    |                |
|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------|----------------|
| Nome<br>IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL | CPF/CNPJ<br>55.110.753/0001-41 | Conta Corrente<br>1292.000577518142-1 | Mês/Ano<br>06/2025 | Folha<br>01/01 |
| Análise do Perfil do Investidor        |                                | Data da Avaliação                     |                    |                |

**Resumo da Movimentação**

| Histórico                  | Valor em R\$ | Qtde de Cotas |
|----------------------------|--------------|---------------|
| Saldo Anterior             | 193.386,49C  | 73.267,386475 |
| Aplicações                 | 122.944,16C  | 46.555,332476 |
| Resgates                   | 233.899,05D  | 88.271,933922 |
| Rendimento Bruto no Mês    | 1.761,80C    |               |
| IRRF                       | 0,00         |               |
| IOF                        | 0,00         |               |
| Taxa de Saída              | 0,00         |               |
| Saldo Bruto*               | 84.193,40C   | 31.550,785029 |
| Resgate Bruto em Trânsito* | 0,00         |               |

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

**Movimentação Detalhada**

| Data    | Histórico | Valor R\$   | Qtde de Cotas |
|---------|-----------|-------------|---------------|
| 02 / 06 | APLICACAO | 122.944,16C | 46.555,332476 |
| 05 / 06 | RESGATE   | 52.071,07D  | 19.685,986803 |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |
| 09 / 06 | RESGATE   | 111,82D     | 42,227327     |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |
| 10 / 06 | RESGATE   | 160.827,26D | 60.700,504462 |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |
| 11 / 06 | RESGATE   | 71,08D      | 26,811950     |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |
| 23 / 06 | RESGATE   | 12.477,27D  | 4.689,060060  |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |
| 27 / 06 | RESGATE   | 8.340,55D   | 3.127,343317  |
|         | IRRF      | 0,00        |               |
|         | IOF       | 0,00        |               |

**Dados de Tributação**

| Rendimento Base | IRRF |
|-----------------|------|
| 0,00            | 0,00 |

**Informações ao Cotista**

Prestadores de serviços essenciais do Fundo, nos termos da RESOLUÇÃO CVM Nº 175  
 Administrador: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - 00.360.305/0001-04  
 Gestor: CAIXA DISTRIBUIDORA DE TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS S/A - 42.040.639/0001-40

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>Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300                                                    |
| 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

*Folha de pgto***Conta origem:** 3472 / 1292 / 000577518142-1**Conta destino:** 3472 / 1292 / 000577064836-4**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 42.708,38**Data de débito:** 05/06/2025**Data/hora da operação:** 05/06/2025 13:21:51**Código da operação:** 945619563**Chave de segurança:** VHGZ1CN3RSLEHUUU**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**

| Ílgo              | Nome do empregado                      | Salário   | Out.Prov. | Sal.Fam. | INSS     | IRRF     | Out.Desc. | Líquido   | FGTS     |
|-------------------|----------------------------------------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|
| Ítoss:            | <b>16-HIGIENIZAÇÃO</b>                 |           |           |          |          |          |           |           |          |
| <b>Empregados</b> |                                        |           |           |          |          |          |           |           |          |
| 213               | DANILA FERNANDA SOUZA OLIVEIRA         | 1.511,91  | 1.003,78  | 0,00     | 203,64   | 0,00     | 0,00      | 2.312,05  | 201,25   |
| 77                | JURACI NUNES DE MACEDO                 | 0,00      | 1.815,51  | 0,00     | 0,00     | 0,00     | 1.028,79  | 786,72    | 62,93    |
| 78                | JUSIMARIA SILVA DE OLIVEIRA            | 1.511,91  | 484,59    | 0,00     | 156,91   | 0,00     | 160,00    | 1.679,59  | 159,72   |
| Empregados: 3     | Total:                                 | 3.023,82  | 3.303,88  | 0,00     | 360,55   | 0,00     | 1.188,79  | 4.778,36  | 423,90   |
| Ítoss:            | <b>57-EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>         |           |           |          |          |          |           |           |          |
| <b>Empregados</b> |                                        |           |           |          |          |          |           |           |          |
| 6                 | ALEXANDRA MARIA PONTES                 | 2.720,45  | 1.520,56  | 0,00     | 403,32   | 153,06   | 103,22    | 3.581,41  | 339,28   |
| 7                 | ALICIA MARTINS DOS SANTOS              | 2.720,45  | 303,60    | 0,00     | 256,29   | 11,20    | 36,61     | 2.719,95  | 241,92   |
| 14                | APARECIDA DONIZETE DOS SANTOS          | 2.720,45  | 303,60    | 0,00     | 256,29   | 25,42    | 116,73    | 2.625,61  | 241,92   |
| 16                | ARIADINA MARQUES DA COSTA              | 3.022,73  | 303,60    | 0,00     | 292,56   | 60,91    | 424,86    | 2.548,00  | 266,10   |
| 20                | CINTHIA CAROLINE DA SILVA GONCALVES MI | 2.720,45  | 1.089,45  | 0,00     | 350,59   | 124,74   | 0,00      | 3.334,57  | 304,79   |
| 22                | DAILAINE SOARES PAES                   | 2.539,09  | 1.044,00  | 0,00     | 323,37   | 94,80    | 406,69    | 2.758,23  | 286,64   |
| 25                | EDILAINE DOS SANTOS                    | 2.539,09  | 1.459,37  | 0,00     | 373,21   | 149,63   | 619,49    | 2.856,13  | 319,87   |
| 27                | EDMEIA SILVESTRE SOARES                | 2.921,97  | 2.335,89  | 0,00     | 545,68   | 342,09   | 562,45    | 3.807,64  | 420,62   |
| 28                | EDUARDA CATARINA GOMES                 | 2.720,45  | 784,35    | 0,00     | 313,98   | 84,46    | 649,79    | 2.456,57  | 280,38   |
| 29                | ELAINE BRAULINO FERREIRA               | 2.921,97  | 1.493,67  | 0,00     | 427,77   | 147,14   | 742,01    | 3.098,72  | 353,25   |
| 31                | ELISANGELA DE JESUS AZEVEDO PEREIRA    | 2.720,45  | 985,27    | 0,00     | 338,09   | 110,98   | 30,00     | 3.226,65  | 296,45   |
| 246               | GRACIELA VIEIRA DE OLIVEIRA            | 2.720,45  | 1.007,71  | 0,00     | 340,78   | 73,98    | 0,00      | 3.313,40  | 298,25   |
| Empregados: 12    | Total:                                 | 32.988,00 | 12.631,07 | 0,00     | 4.221,93 | 1.378,41 | 3.691,85  | 36.326,88 | 3.649,47 |
| Ítoss:            | <b>59-RECEPÇÃO / PORTARIA</b>          |           |           |          |          |          |           |           |          |
| <b>Empregados</b> |                                        |           |           |          |          |          |           |           |          |
| 34                | ERICA FERNANDA DA SILVA                | 1.880,37  | 1.076,42  | 0,00     | 248,21   | 20,98    | 196,61    | 2.490,99  | 236,54   |
| 60                | JESSICA CRISTINA VICENTE               | 1.809,68  | 145,38    | 59,82    | 153,18   | 0,00     | 719,57    | 1.142,13  | 156,40   |
| 122               | OSVALDO PEREIRA DOS ANJOS JUNIOR       | 3.081,35  | 2.132,17  | 0,00     | 539,47   | 333,51   | 860,03    | 3.480,51  | 417,08   |
| 123               | PAULA DA SILVA VIANA                   | 1.751,30  | 30,08     | 0,00     | 137,55   | 0,00     | 0,00      | 1.643,83  | 142,51   |
| Empregados: 4     | Total:                                 | 8.522,70  | 3.384,05  | 59,82    | 1.078,41 | 354,49   | 1.776,21  | 8.757,46  | 952,53   |
| Todos geral: 19   | Total:                                 | 44.534,52 | 19.319,00 | 59,82    | 5.660,89 | 1.732,90 | 6.656,85  | 49.862,70 | 5.025,90 |

Zc. D'Amélia



rubrica: 200,507,250,298

*Rec. próprio*

**MOVIMENTOS**

| Código                                     | Nome                             | Referência | Valor calculado | Valor informado | Tipo | Unidade | Local de trabalho |
|--------------------------------------------|----------------------------------|------------|-----------------|-----------------|------|---------|-------------------|
| Centro de Custo: 16 - HIGIENIZAÇÃO         |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| - HORA EXTRA 100% 2                        |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| Empregados                                 |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| 213                                        | DANILA FERNANDA SOUZA OLIVEIRA   | 05/2025    | 250,54          | 12,42           | P    | Horas   | PONTAL SP         |
| 78                                         | JUSIMARIA SILVA DE OLIVEIRA      | 05/2025    | 148,06          | 7,34            | P    | Horas   | PONTAL SP         |
| Total da Rubrica:                          |                                  |            | 398,60          | 19,76           |      |         |                   |
| - REFLEXO EXTRAS DSR                       |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| Empregados                                 |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| 213                                        | DANILA FERNANDA SOUZA OLIVEIRA   | 05/2025    | 48,18           | 0,00            | P    | Valor   | PONTAL SP         |
| 78                                         | JUSIMARIA SILVA DE OLIVEIRA      | 05/2025    | 28,47           | 0,00            | P    | Valor   | PONTAL SP         |
| Total da Rubrica:                          |                                  |            | 76,65           | 0,00            |      |         |                   |
| Total do Centro de Custo:                  |                                  |            | 475,25          | 19,76           |      |         |                   |
| Centro de Custo: 57 - EQUIPE DE ENFERMAGEM |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| - HORA EXTRA 100% 2                        |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| Empregados                                 |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| 6                                          | ALEXANDRA MARIA PONTES           | 05/2025    | 403,21          | 12,00           | P    | Horas   | PONTAL SP         |
| 25                                         | EDILAINE DOS SANTOS              | 05/2025    | 840,01          | 25,00           | P    | Horas   | PONTAL SP         |
| 27                                         | EDMEIA SILVESTRE SOARES          | 05/2025    | 1.609,61        | 48,39           | P    | Horas   | PONTAL SP         |
| 28                                         | EDUARDA CATARINA GOMES           | 05/2025    | 403,21          | 12,00           | P    | Horas   | PONTAL SP         |
| 29                                         | ELAINE BRAULINO FERREIRA         | 05/2025    | 907,76          | 27,29           | P    | Horas   | PONTAL SP         |
| Total da Rubrica:                          |                                  |            | 4.163,80        | 124,68          |      |         |                   |
| - REFLEXO EXTRAS DSR                       |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| Empregados                                 |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| 6                                          | ALEXANDRA MARIA PONTES           | 05/2025    | 77,54           | 0,00            | P    | Valor   | PONTAL SP         |
| 25                                         | EDILAINE DOS SANTOS              | 05/2025    | 134,40          | 0,00            | P    | Valor   | PONTAL SP         |
| 27                                         | EDMEIA SILVESTRE SOARES          | 05/2025    | 321,92          | 0,00            | P    | Valor   | PONTAL SP         |
| 28                                         | EDUARDA CATARINA GOMES           | 05/2025    | 77,54           | 0,00            | P    | Valor   | PONTAL SP         |
| 29                                         | ELAINE BRAULINO FERREIRA         | 05/2025    | 181,55          | 0,00            | P    | Valor   | PONTAL SP         |
| Total da Rubrica:                          |                                  |            | 792,95          | 0,00            |      |         |                   |
| Total do Centro de Custo:                  |                                  |            | 4.956,75        | 124,68          |      |         |                   |
| Centro de Custo: 59 - RECEPÇÃO / PORTARIA  |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| - HORA EXTRA 100% 2                        |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| Empregados                                 |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| 122                                        | OSVALDO PEREIRA DOS ANJOS JUNIOR | 05/2025    | 1.435,27        | 37,00           | P    | Horas   | PONTAL SP         |
| Total da Rubrica:                          |                                  |            | 1.435,27        | 37,00           |      |         |                   |
| - REFLEXO EXTRAS DSR                       |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| Empregados                                 |                                  |            |                 |                 |      |         |                   |
| 122                                        | OSVALDO PEREIRA DOS ANJOS JUNIOR | 05/2025    | 287,05          | 0,00            | P    | Valor   | PONTAL SP         |
| Total da Rubrica:                          |                                  |            | 287,05          | 0,00            |      |         |                   |
| Total do Centro de Custo:                  |                                  |            | 1.722,32        | 37,00           |      |         |                   |
| Total da empresa:                          |                                  |            | 7.154,32        | 181,44          |      |         |                   |



ESPELHO DO REMESSA N° : 001744

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENIENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

| No. Agend. | Data Venc. | Valor Agend. | Nome Terceiro | Ocorrência |
|------------|------------|--------------|---------------|------------|
|------------|------------|--------------|---------------|------------|

Tipo de Serviço : Pagamento Salários

Forma de Pag. : Crédito em Conta Corrente

|       |            |          |                                |
|-------|------------|----------|--------------------------------|
| 38442 | 05/06/2025 | 1.738,05 | AIDA CRISTINA QUARANTA         |
| 38443 | 05/06/2025 | 3.581,41 | ALEXANDRA MARIA PONTES         |
| 38444 | 05/06/2025 | 2.719,95 | ALICIA MARTINS DOS SANTOS      |
| 38445 | 05/06/2025 | 3.615,66 | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA     |
| 38446 | 05/06/2025 | 2.023,58 | ANA PAULA SOARES TAVARES       |
| 38447 | 05/06/2025 | 280,42   | ANA RELIQUIAS DOS SANTOS CRUZ  |
| 38448 | 05/06/2025 | 1.752,53 | ANGELA CRISTINA BORGES         |
| 38449 | 05/06/2025 | 2.121,11 | ANGELA MARIA DOS SANTOS FERREI |
| 38450 | 05/06/2025 | 2.625,61 | APARECIDA DONIZETE DOS SANTOS  |
| 38451 | 05/06/2025 | 2.548,00 | ARIADINA MARQUES DA COSTA      |
| 38452 | 05/06/2025 | 2.295,22 | BIANCA VIEIRA CANJERANO        |
| 38453 | 05/06/2025 | 2.767,76 | BRUNA CARLA DOS SANTOS DE MORA |
| 38454 | 05/06/2025 | 2.294,29 | CAIQUE CARDOSO NEVES           |
| 38455 | 05/06/2025 | 1.936,10 | CAMILA XAVIER JANUARIO FIGUEIR |
| 38456 | 05/06/2025 | 1.565,06 | CARLA DANIELA S. DE PAULA      |
| 38457 | 05/06/2025 | 3.334,57 | CINTHIA CAROLINE DA SILVA GONC |
| 38458 | 05/06/2025 | 2.758,23 | DAILANE SOARES PAES            |
| 38459 | 05/06/2025 | 4.503,68 | DANIELA COELHO DOS SANTOS      |
| 38460 | 05/06/2025 | 2.312,05 | DANILA FERNANDA SOUZA OLIVEIRA |
| 38461 | 05/06/2025 | 3.024,23 | DARCI FERREIRA DA SILVA        |
| 38462 | 05/06/2025 | 1.542,91 | DEBORA AP S. CAMPOS SILVA      |
| 38463 | 05/06/2025 | 2.767,76 | DIONATHAN R SALUSTIANO SILVA   |
| 38464 | 05/06/2025 | 2.856,13 | EDILAINE DOS SANTOS            |
| 38465 | 05/06/2025 | 2.034,37 | EDILSON TRINDADE DE OLIVEIRA   |
| 38466 | 05/06/2025 | 3.807,64 | EDMEIA SILVESTRE SOARES        |
| 38467 | 05/06/2025 | 2.456,57 | EDUARDA CATARINA GOMES         |
| 38468 | 05/06/2025 | 3.711,74 | EKEVILYM LORRAINE DO AMARAL    |
| 38469 | 05/06/2025 | 3.098,72 | ELAINE BRAULINO FERREIRA       |
| 38470 | 05/06/2025 | 1.493,59 | ELENITA CANDIDA PIRES RIBEIRO  |
| 38471 | 05/06/2025 | 3.226,65 | ELISANGELA DE JESUS A. PEREIRA |
| 38472 | 05/06/2025 | 365,71   | ELIZANGELA F DO NASCIMENTO     |
| 38473 | 05/06/2025 | 2.490,99 | ERICA FERNANDA DA SILVA        |
| 38474 | 05/06/2025 | 2.343,35 | ERICA FERREIRA OLIVEIRA        |
| 38475 | 05/06/2025 | 5.065,23 | ETELVINA ALVES NOGUEIRA        |





ESPELHO DO REMESSA Nº : 001744

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENIENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

| No. Agend. | Data Venc. | Valor Agend. | Nome Terceiro                  | Ocorrência |
|------------|------------|--------------|--------------------------------|------------|
| 38476      | 05/06/2025 | 2.289,58     | FABIANA CAROLINE CARNIEL CAZUL |            |
| 38477      | 05/06/2025 | 2.732,78     | FERNANDA APARECIDA TEIXEIRA    |            |
| 38478      | 05/06/2025 | 2.712,34     | FERNANDA ALVES MARTINS         |            |
| 38479      | 05/06/2025 | 810,28       | FLAVIANA REGINA NEGRAO         |            |
| 38480      | 05/06/2025 | 2.891,39     | FRATIANE FERREIRA LOPES        |            |
| 38481      | 05/06/2025 | 4.557,21     | GABRIEL ARTHUR DA SILVA        |            |
| 38482      | 05/06/2025 | 1.900,09     | GABRIELLE LIMA FEITEIRO        |            |
| 38483      | 05/06/2025 | 2.652,18     | GIANI MARIA LUCERA MOTA        |            |
| 38484      | 05/06/2025 | 292,37       | GISLAINE AP. CALHEIROS LINS    |            |
| 38485      | 05/06/2025 | 3.143,23     | GLENIA GUADALUPE DA SILVA      |            |
| 38486      | 05/06/2025 | 3.313,40     | GRACIELA VIEIRA DE OLIVEIRA    |            |
| 38487      | 05/06/2025 | 3.183,75     | GRAZIELA APARECIDA CORNELIO    |            |
| 38488      | 05/06/2025 | 1.816,57     | GRAZIELE DA SILVA LOQUETI      |            |
| 38489      | 05/06/2025 | 1.796,53     | GUILHERME DE SOUZA FONSECA     |            |
| 38490      | 05/06/2025 | 1.721,74     | INGRID MILENA R DE OLIVEIRA    |            |
| 38491      | 05/06/2025 | 1.545,89     | JANAINA ENGRATULES             |            |
| 38492      | 05/06/2025 | 1.721,38     | JEEZREELL GUILHERME DA SILVA S |            |
| 38493      | 05/06/2025 | 1.142,13     | JESSICA CRISTINA VICENTE       |            |
| 38494      | 05/06/2025 | 1.276,33     | JESSICA MARIANA M. ALMEIDA     |            |
| 38495      | 05/06/2025 | 1.713,40     | JOANA CELIA AGUIAR SANTOS      |            |
| 38496      | 05/06/2025 | 3.289,49     | JOAO CARLOS DA ROCHA SILVA     |            |
| 38497      | 05/06/2025 | 4.489,77     | JOSE DOS SANTOS                |            |
| 38498      | 05/06/2025 | 1.674,89     | JOSE MISSIAS S. SAPUCALHA      |            |
| 38499      | 05/06/2025 | 1.347,60     | JOSIANE FERREIRA DOS REIS      |            |
| 38500      | 05/06/2025 | 2.720,09     | JOSIANE SEBASTINA MIRONGA      |            |
| 38501      | 05/06/2025 | 5.565,01     | JOYCE CRISTINA GOMES           |            |
| 38502      | 05/06/2025 | 1.765,94     | JULIANA APARECIDA RODRIGUES    |            |
| 38503      | 05/06/2025 | 1.542,83     | JULIANA RODRIGUES FREIRES      |            |
| 38504      | 05/06/2025 | 786,72       | JURACI NUNES DE MACEDO         |            |
| 38505      | 05/06/2025 | 1.679,59     | JUSIMARIA SILVA DE OLIVEIRA    |            |
| 38506      | 05/06/2025 | 1.501,11     | KATIA APARECIDA DE OLIVEIRA    |            |
| 38507      | 05/06/2025 | 1.239,77     | LECIANE FERREIRA               |            |
| 38508      | 05/06/2025 | 2.247,36     | LENI DA SILVA                  |            |
| 38509      | 05/06/2025 | 3.828,83     | LETICIA MENDES SILVA           |            |
| 38510      | 05/06/2025 | 1.751,70     | LIDIANE CRISTINA DOS SANTOS    |            |
| 38511      | 05/06/2025 | 154,29       | LILIAN CARLA FREIRES VERAS TOM |            |
| 38512      | 05/06/2025 | 2.546,16     | LINDALVA RUBIN                 |            |



ESPELHO DO REMESSA N° : 001744

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENIENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

| No. Agend. | Data Venc. | Valor Agend. | Nome Terceiro                  | Ocorrência |
|------------|------------|--------------|--------------------------------|------------|
| 38513      | 05/06/2025 | 3.243,63     | LINDOMAR PEREIRA DE CASTRO     |            |
| 38514      | 05/06/2025 | 2.552,13     | LISLAINE CARLA MOREIRA         |            |
| 38515      | 05/06/2025 | 830,24       | LIZAINE CRISTINA DOS SANTOS    |            |
| 38516      | 05/06/2025 | 2.538,89     | LUCIANA DE LOURDES DE ASSIS    |            |
| 38517      | 05/06/2025 | 2.505,64     | LUCIMAR DE SOUZA DAS FLORES    |            |
| 38518      | 05/06/2025 | 223,46       | LUIS FERNANDO DE OLIVEIRA      |            |
| 38519      | 05/06/2025 | 4.139,11     | LUIS VALDO DOS SANTOS          |            |
| 38520      | 05/06/2025 | 2.300,02     | LUZIA MARIA DA SILVA MUNHOZ    |            |
| 38521      | 05/06/2025 | 1.355,73     | LUZILETE SOUZA FLORES          |            |
| 38522      | 05/06/2025 | 1.834,51     | MAGNA SUELI ALVES DOS SANTOS   |            |
| 38523      | 05/06/2025 | 2.010,67     | MANUELA DE SOUZA CARDOSO       |            |
| 38524      | 05/06/2025 | 4.835,78     | MARCIO GLEIZER DE SOUZA        |            |
| 38525      | 05/06/2025 | 3.983,24     | MARCO AURELIO DE SOUZA         |            |
| 38526      | 05/06/2025 | 2.995,24     | MARIA DE LOURDES VALSIQUE      |            |
| 38527      | 05/06/2025 | 1.793,53     | MARIA HELENA DOS SANTOS BASSI  |            |
| 38528      | 05/06/2025 | 4.181,33     | MARIA MICHELA DOS S. SILVA     |            |
| 38529      | 05/06/2025 | 2.297,69     | MARIA VILMA DE SOUZA DA SILVA  |            |
| 38530      | 05/06/2025 | 2.886,13     | MARILEIA MARIA DE JESUS        |            |
| 38531      | 05/06/2025 | 1.517,06     | MARILIA APARECIDA DA SILVA     |            |
| 38532      | 05/06/2025 | 3.308,86     | MARILZA ESPANGHER              |            |
| 38533      | 05/06/2025 | 4.062,48     | MATHEUS GABRIEL RUBIN          |            |
| 38534      | 05/06/2025 | 1.521,09     | MAYARA CANDIDO DA SILVA INACIO |            |
| 38535      | 05/06/2025 | 2.340,04     | MAYSA KELLY CARVALHO           |            |
| 38536      | 05/06/2025 | 2.742,34     | MEIRE CRISTINA DOS SANTOS      |            |
| 38537      | 05/06/2025 | 2.850,85     | MICHELE TAVARES CARNEIRO SOUSA |            |
| 38538      | 05/06/2025 | 3.933,17     | MIRIAM VERAS DA LUZ OLIVEIRA   |            |
| 38539      | 05/06/2025 | 4.066,19     | MONICA DOURADO SILVA           |            |
| 38540      | 05/06/2025 | 2.767,76     | NATHALIA ISAC XAVIER DA CRUZ   |            |
| 38541      | 05/06/2025 | 3.215,10     | NATIELE AP DE OLIVEIRA SAPUCAL |            |
| 38542      | 05/06/2025 | 4.233,78     | NAYARA LAIS RAPOSO DOS SANTOS  |            |
| 38543      | 05/06/2025 | 2.086,53     | NOEMI DE JESUS NASCIMENTO      |            |
| 38544      | 05/06/2025 | 3.480,51     | OSVALDO P. DOS ANJOS JUNIOR    |            |
| 38545      | 05/06/2025 | 2.042,37     | PATROCINIA SALETE PEREIRA      |            |
| 38546      | 05/06/2025 | 1.643,83     | PAULA DA SILVA VIANA           |            |
| 38547      | 05/06/2025 | 2.915,52     | PAULO ROBERTO DE ANDRADE       |            |
| 38548      | 05/06/2025 | 4.600,98     | RAFAELA CARLA TAVARES          |            |
| 38549      | 05/06/2025 | 3.849,95     | RAIANE ANDREIA PIMENTEL        |            |





ESPELHO DO REMESSA N° : 001744

DATA DO MOVIMENTO :

CONVENIENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

| No. Agend. | Data Venc. | Valor Agend. | Nome Terceiro                  | Ocorrência |
|------------|------------|--------------|--------------------------------|------------|
| 38550      | 05/06/2025 | 3.262,15     | RAILDA CARNEIRO DA SILVA       |            |
| 38551      | 05/06/2025 | 1.681,18     | RAQUEL VERAS DA LUZ            |            |
| 38552      | 05/06/2025 | 3.742,52     | RENATA CRISTINA PEREIRA        |            |
| 38553      | 05/06/2025 | 3.872,96     | RENATA ROSA S. FE SEVERINO     |            |
| 38554      | 05/06/2025 | 1.588,11     | ROSANGELA MEIRES DE SOUZA      |            |
| 38555      | 05/06/2025 | 3.123,68     | ROSELI APARECIDA DELFINO       |            |
| 38556      | 05/06/2025 | 1.688,28     | ROSELI APARECIDA MONTEIRO      |            |
| 38557      | 05/06/2025 | 2.176,73     | ROSELI ELIAS                   |            |
| 38558      | 05/06/2025 | 1.700,06     | ROSILENE PEREIRA DE OLIVEIRA   |            |
| 38559      | 05/06/2025 | 1.674,89     | ROSILENE SANTANA DA SILVA      |            |
| 38560      | 05/06/2025 | 2.301,81     | SANDRA M. AP. DA SILVA CARNIEL |            |
| 38561      | 05/06/2025 | 3.650,52     | SARA VIEIRA DOS SANTOS         |            |
| 38562      | 05/06/2025 | 2.931,36     | SIMONE APARECIDA AZEVEDO       |            |
| 38563      | 05/06/2025 | 3.055,08     | SUELI DA SILVA ROSA            |            |
| 38564      | 05/06/2025 | 2.111,56     | SUSAN MARA DA CRUZ PORTO       |            |
| 38565      | 05/06/2025 | 2.742,34     | SUZINEIA NOBRE SILVA SOUZA     |            |
| 38566      | 05/06/2025 | 3.851,06     | TAMYRIS GIRALDES RODRIGUES     |            |
| 38567      | 05/06/2025 | 3.893,49     | TATIANA AP DA SILVA S SEGECIC  |            |
| 38568      | 05/06/2025 | 2.431,56     | VALDELICE RIBEIRO PIRES        |            |
| 38569      | 05/06/2025 | 1.368,23     | VALERIA DA SILVA PEREIRA       |            |
| 38570      | 05/06/2025 | 4.135,54     | VANESSA APARECIDA MONTEIRO     |            |
| 38571      | 05/06/2025 | 4.867,76     | WESLEY LIMA DE AGUIAR          |            |
| 38572      | 05/06/2025 | 2.084,31     | YASMIN CAROLINA PERES DOS REIS |            |
| 38573      | 05/06/2025 | 1.651,42     | ZILDETE SILVA DE SOUZA         |            |

**2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Banco Recebedor:</b>        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| <b>Pagador Final / Efetivo</b> |                                |
| <b>CPF/CNPJ:</b>               | 55.110.753/0001-41             |
| <b>Nome:</b>                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| <b>Conta de débito:</b>        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 34191.09008 46434.108927 82179.030000 8 11040000055820 |
| <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>                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 06/06/2025 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 05/06/2025 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 558,20     |
| <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>            | 558,20     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 558,20     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 05/06/2025 11:39:12 |
|-------------------------------|---------------------|

**Código da operação:** 47778498531  
**Chave de segurança:** 32487266F10X76SN

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.2951 -  
Galp. 2961 / 2971  
Bairro JARDIM INDEPENDENCIA,  
CRAVINHOS, SP  
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

LOGISTICA HOSPITALAR

**DANFE**

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAIDA

1

Nº 107.655

SÉRIE

1 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3525 0511 8726 5600 0200 5500 1000 1076 5517 1885 1242

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

279054104117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135251184184465 05/05/2025 18:32:40

CNPJ

11.872.656/0002-00

NOME/RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

ENDEREÇO

R ANANIAS COSTA FREITAS Nº 753

1883

CNPJ/CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

05/05/2025

MUNICÍPIO

PONTAL

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14.180-000

FONE/FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

**T06**

32

I BOL=001 Venc=06/06/2025 Valor=558,20

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

558,20

VALOR DO ICMS

100,48

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

558,20

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

558,20

RAZÃO SOCIAL

HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.

FRETE POR CONTA

0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

11.872.656/0001-10

ENDEREÇO

AV INGLATERRA N. 40

MUNICÍPIO

UBERLANDIA

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0015881100069

QUANTIDADE

3,00

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PEDIDO

2646078

PESO BRUTO

8,2200 Kg

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                                                           | NCM/SH   | CST | CFOP | UN. | QUANTIDADE | V.UNITÁRIO | V.DESCONTO | % DESC. | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | BC ICMS ST | V. ICMS ST | V. IPI | AL. ICMS | AL. IPI |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-----|------------|------------|------------|---------|----------|---------|---------|------------|------------|--------|----------|---------|
| 4690       | CLOREXIDINA (SEPTHEX) 0,2% 100ML Dermo<br>SUAVE SOL AQUOSA TWIST OFF - C/30  <br>08720/04149   ISENT0   PROLINK   Lote:<br>P25020120 D.Fab: 05/02/25 D.Val:<br>05/02/27   0,0000Referencia:<br>08720/04149                | 29252923 | 000 | 5102 | UN  | 1          | 38,00000   | 0,00       | 0,00    | 38,00    | 38,00   | 6,84    | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |
| 839        | LIDOCAINA 2% GEL (XYLESTESIN) 20MG/G -<br>TUBO 30G C/10 BISM+APLIC ESTERIL  <br>410107/70000088   1029803570116  <br>CRISTALIA   Lote: 50021027 D.Fab:<br>29/10/24 D.Val: 29/10/26   0,0000<br>Referencia:410107/70000088 | 30049043 | 500 | 5102 | UN  | 2          | 55,60000   | 0,00       | 0,00    | 111,20   | 111,20  | 20,02   | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |
| 830        | NITROGLICERINA (TRIDIL) 50MG 10ML C/10<br>AMP - IV   461130/700000245  <br>1029801330053   CRISTALIA   Lote:<br>50023957 D.Fab: 23/01/25 D.Val:<br>23/01/27   0,0000Referencia:<br>461130/700000245                       | 30049029 | 500 | 5102 | UN  | 1          | 366,00000  | 0,00       | 0,00    | 366,00   | 366,00  | 65,88   | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |
| 2919       | PEROX HIDROGENIO (AGUA OXIGENADA)<br>10VOL C/30 FR 100ML TWIST OFF  <br>0520100402   ISENT0   RIOQUIMICA  <br>Lote: 2404434 D.Fab: 01/11/24 D.Val:<br>28/10/27   0,0000Referencia:0520100402                              | 30049099 | 000 | 5102 | UN  | 1          | 43,00000   | 0,00       | 0,00    | 43,00    | 43,00   | 7,74    | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |

CÁLC. ISSQ

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OC: 6854 - TERMO DE CONVENIO N. 013/2022 T.A N. 10/2025 | ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO: *Dyca*  
DATA: *06/05/25*  
Farmácia  
Santa Casa de Pontal





LOGÍSTICA HOSPITALAR

## HDL LOGISTICA HOSPITALAR

R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 -  
Galp. 2961 / 2971  
Bairro JARDIM INDEPENDENCIA,  
CRAVINHOS, SP  
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

## DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 107.655

SÉRIE 1 FOLHA 2/1



CHAVE DE ACESSO

3525 0511 8726 5600 0200 5500 1000 1076 5517 1885 1242

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

279054104117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135251184184465 05/05/2025 18:32:40

CNPJ

11.872.656/0002-00

## Política de Devolução

É imprescindível a conferência da mercadoria no ato da entrega, pois caso aja alguma ocorrência ou irregularidade elas devem estar descritas no documento da transportadora.

-Verifique se o Número de Volumes corresponde ao número de volumes descrito na nota fiscal;

-Verifique se as Etiquetas de Despacho nos produtos correspondem à nota fiscal recebida;

-Verifique se a Embalagem Externa está intacta, inviolada, seca e sem qualquer tipo de dano aparente;

-Para Produto Termolábil(2 A 8°C) abra a caixa e verifique a temperatura.

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

## Motivo da Devolução

☐ FATURAMENTO INCORRETO (VENDEDOR);

☐ SOLICITAÇÃO INCORRETA (CLIENTE);

☐ MERCADORIA AVARIADA/VIOLADA;

☐ VALIDADE CURTA;

☐ ENTREGA FORA DO PRAZO NEGOCIADO;

☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data recebimento da mercadoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do recebedor: \_\_\_\_\_

RG do recebedor: \_\_\_\_\_



BANCO ITAU S/A

| 341-7 |

34191.09008 46434.108927 82179.030000 8 11040000055820

RECIBO DO PAGADOR

|                                                                                  |  |                     |         |                      |        |                             |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------|----------------------|--------|-----------------------------|--------------------|
| Beneficiário                                                                     |  | CNPJ/CPF            |         | Sacador Avalista     |        | Vencimento:                 |                    |
| HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.                                                   |  | 11.872.656/0002-00  |         |                      |        | 06/06/2025                  |                    |
| Endereço Beneficiário/Sacador Avalista                                           |  |                     |         |                      |        |                             |                    |
| R MANOEL GOMES DOS SANTOS,2951 GalJARDIM INDEPENDENCIA CRAVINHOS - SP 14.140-000 |  |                     |         |                      |        |                             |                    |
| Nosso Número                                                                     |  | Carteira            | Espécie | Quantidade           | Valor  | Agência/Código Beneficiário |                    |
| 109/00464341-0                                                                   |  | 109                 | DM      |                      |        | 8928/21790-3                |                    |
| Data do Documento                                                                |  | Número do Documento |         | Espécie do Documento | Aceite | Data Processamento          | Valor do Documento |
| 05/05/2025                                                                       |  | 107655 - 1          |         |                      | N      | 05/05/2025                  | 558,20             |

Autenticação Mecânica



BANCO ITAU S/A

| 341-7 |

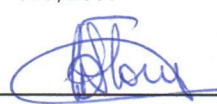
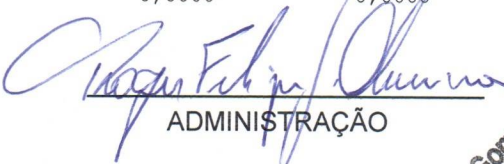
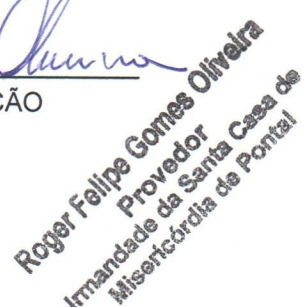
34191.09008 46434.108927 82179.030000 8 11040000055820

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |                |                                |                                  |                                  |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 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>06/06/2025                   |
| 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>05/05/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Número do Documento<br>107655 - 1 | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N                    | Data Processamento<br>05/05/2025 | Nosso Número<br>109/00464341-0   |                                             |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Carteira<br>109                   | Espécie<br>R\$ | Quantidade                     | Valor                            | (=) Valor do Documento<br>558,20 |                                             |
| <b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.</b><br><br>APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 11,16<br>APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 1,12 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 06/05/2025 07:04                                                             |         | No. Página 1                                                                          |        |
| Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL                                       |  |                                                                                      |         | No. Pedido 6854                                                                       |        |
| CNPJ: 55.110.753/0001-41                                                            |  |                                                                                      |         |                                                                                       |        |
| FAX:                                                                                |  | Email: dpcompras@iscmpontal.com.br                                                   |         |                                                                                       |        |
| <b>Pedido de Compra</b>                                                             |  |                                                                                      |         |                                                                                       |        |
| Tipo Pedido: PRODUTO                                                                |  | Fornecedor: 273 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD SP)                              |         | Data Ped: 05/05/2025                                                                  |        |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                                                    |  | Cond.Pagto: 30 DIAS                                                                  |         | Dt Env. Forn:                                                                         |        |
| Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA                                                       |  | Status do pedido: Não Entregou                                                       |         |                                                                                       |        |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)                                  |  | Situação do Item                                                                     |         | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis)                                                        |        |
| Centro de Custo                                                                     |  | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =                                              |         | Vlr.Total                                                                             |        |
| Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025                 |  |                                                                                      |         |                                                                                       |        |
| 33996- 1 TRIDIL 5MG/ML AMP 10ML 50MG                                                |  | Não Entregou                                                                         |         |                                                                                       |        |
| (4) FARMÁCIA                                                                        |  | 10,0000                                                                              | 36,6000 | 0,0000                                                                                | 0,0000 |
| Complemento do item                                                                 |  | 366,0000                                                                             |         |                                                                                       |        |
| 45721- 2 XYLESTESIN 2% GELEIA 30 GR -TUBO 30-MARCA                                  |  | Não Entregou                                                                         |         |                                                                                       |        |
| (4) FARMÁCIA                                                                        |  | 20,0000                                                                              | 5,5600  | 0,0000                                                                                | 0,0000 |
| Complemento do item                                                                 |  | 111,2000                                                                             |         |                                                                                       |        |
| 47405- 4 AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES -FRASCO 100-                                     |  | Não Entregou                                                                         |         |                                                                                       |        |
| (4) FARMÁCIA                                                                        |  | 30,0000                                                                              | 1,4333  | 0,0000                                                                                | 0,0000 |
| Complemento do item                                                                 |  | 42,9990                                                                              |         |                                                                                       |        |
| 62145- 2 CLOREXEDINA 0,2% SOL. AQUOSA 100ML -                                       |  | Não Entregou                                                                         |         |                                                                                       |        |
| (4) FARMÁCIA                                                                        |  | 30,0000                                                                              | 1,2667  | 0,0000                                                                                | 0,0000 |
| Complemento do item                                                                 |  | 38,0010                                                                              |         |                                                                                       |        |
| Totais:                                                                             |  | Total Bruto dos itens:                                                               |         | 558,2000                                                                              |        |
|                                                                                     |  | Total Descontos dos itens:                                                           |         | 0,0000                                                                                |        |
|                                                                                     |  | Total IPI dos itens:                                                                 |         | 0,0000                                                                                |        |
| Total dos Itens +                                                                   |  | Encargo Pedido -                                                                     |         | Desconto Pedido +                                                                     |        |
| 558,2000                                                                            |  | 0,0000                                                                               |         | 0,0000                                                                                |        |
|                                                                                     |  |                                                                                      |         | Frete Pedido =                                                                        |        |
|                                                                                     |  |                                                                                      |         | 0,0000                                                                                |        |
|                                                                                     |  |                                                                                      |         | Total do Pedido                                                                       |        |
|                                                                                     |  |                                                                                      |         | 558,2000                                                                              |        |
|  |  |  |         |                                                                                       |        |
| Lucimar Flores                                                                      |  | ADMINISTRAÇÃO                                                                        |         |                                                                                       |        |
| Dep. de Compras                                                                     |  |                                                                                      |         |                                                                                       |        |
| Santa Casa de Pontal                                                                |  |                                                                                      |         |                                                                                       |        |
|                                                                                     |  |                                                                                      |         |  |        |





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050**CD SP**CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIMINDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000**Cliente: 1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL****Orçamento: 2645599****Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS****Nº: 753****Cmpl:****Contato:****Bairro: CENTRO****Cidade: PONTAL****CEP: 14180000**

|    | Descrição                                                                                   | Marca      | Qtd. | Cx. C/ | Vlr.Únit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | CD | Cód.Anvisa    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|-----------|---------|---------|-----------|----|---------------|
| 1  | 2815-AGUA PARA INJECAO 10ML C/200 AMP - 605 / 1210605                                       | EQUIPLEX   | 5    | 200    | 0,2077    | 41,55   | 0,00    | 207,75    | MG | 1177200240463 |
| 2  | 1661-EPINEFRINA (ADREN) 1MG C/100 AMP 1ML - IM/IV/SC - 10010003                             | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 0,9750    | 97,50   | 0,00    | 97,50     | SP | 1134300010016 |
| 3  | 2919-PEROX HIDROGENIO (AGUA OXIGENADA) 10VOL C/30 FR 100ML TWIST OFF - 0520100402           | RIOQUIMICA | 1    | 30     | 1,4333    | 43,00   | 0,00    | 43,00     | SP | ISENTO        |
| 4  | 720-IPRATROPIO [GEN] 0,25MG/ML FR 20ML - INAL - 10030002                                    | HIPOLABOR  | 30   | 1      | 1,2000    | 1,20    | 0,00    | 36,00     | SP | 1134301620020 |
| 5  | 2089-CEFAZOLINA [GEN] 1G C/50 F/A S/DIL - AD/PED - IM/IV 1302128-517512/1302128             | BIOCHIMICO | 2    | 50     | 4,6600    | 233,00  | 0,00    | 466,00    | SP | 1006302470020 |
| 6  | 1498-CEFTRIAXONA (AMPLOSPEC) 1G C/50 F/A PO S/DIL - AD/PED - IV - 1302001 / 513511          | BIOCHIMICO | 2    | 50     | 3,9600    | 198,00  | 0,00    | 396,00    | SP | 1006300030058 |
| 7  | 2816-CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML C/200 AMP PLAST - 623 / 1210623                             | EQUIPLEX   | 1    | 200    | 0,2150    | 43,00   | 0,00    | 43,00     | MG | 1177200010093 |
| 8  | 4690-CLOREXIDINA (SEPTHEX) 0,2% 100ML Dermo SUAVE SOL AQUOSA TWIST OFF - C/30 - 08720/04149 | PROLINK    | 1    | 30     | 1,2667    | 38,00   | 0,00    | 38,00     | SP | ISENTO        |
| 9  | 3875-GLICERINA (CLISTEROL) 12% 500ML C/20 FR+20 SONDAS - 0082                               | JP IND     | 1    | 20     | 8,4500    | 169,00  | 0,00    | 169,00    | SP | 1049100110013 |
| 10 | 5461-DIPIRONA [GEN] 1G 2ML C/100 AMP - IM/IV - 207                                          | SANTISA    | 15   | 100    | 0,5900    | 59,00   | 0,00    | 885,00    | SP | 1018600360022 |
| 11 | 5283-FLUMAZENIL (C1) [GEN] 0,1MG/ML 5ML C/5 AMP - IV - 7352                                 | TEUTO      | 1    | 5      | 5,2000    | 26,00   | 0,00    | 26,00     | MG | 1037006350032 |
| 12 | 5362-GLICOSE 50% 10ML C/200 AMP PLAST - 121.0659                                            | EQUIPLEX   | 1    | 200    | 0,5483    | 109,65  | 0,00    | 109,65    | MG | 1177200040146 |
| 13 | 1421-HIDROCORTISONA [GEN] 100MG C/50 F/A - AD/PED - IM/IV - PA8829                          | BLAU FARMA | 1    | 50     | 3,0220    | 151,10  | 0,00    | 151,10    | MG | 1163701050012 |





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

**CD SP**

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Orçamento: 2645599

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

|    | Descrição                                                                                      | Marca      | Qtd. | Cx. C/ | Vlr.Únit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | CD | Cód.Anvisa    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|-----------|---------|---------|-----------|----|---------------|
| 14 | 4589-LACTULOSE XPE 667MG/ML SABOR AMEIXA FR 120ML - AD/PED - ORAL - 0307207                    | NUTRIEX    | 15   | 1      | 8,5000    | 8,50    | 0,00    | 127,50    | SP | Suplemento    |
| 15 | 400-MIDAZOLAM (B1) [GEN] 50MG C/100 AMP 10ML - IM/IV/RT - 10010021                             | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 2,5700    | 257,00  | 0,00    | 257,00    | SP | 1134301430086 |
| 16 | 5444-ONDANSETRONA (NAUSEDRON) 8MG 4ML C/50 AMP - IM/IV - 70000320                              | CRISTALIA  | 8    | 50     | 1,3500    | 67,50   | 0,00    | 540,00    | SP | 1029801240097 |
| 17 | 3424-PREDNISONA (CRISPRED) 20MG C/200 COMP - 513252/70000410                                   | CRISTALIA  | 1    | 200    | 0,3350    | 67,00   | 0,00    | 67,00     | SP | 1029801510043 |
| 18 | 4246-PROMETAZINA (PROMETAZOL) 25MG/ML 2ML C/100 AMP - IM - 10010084                            | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 3,4300    | 343,00  | 0,00    | 343,00    | SP | 1134302020061 |
| 19 | 4422-TRAMADOL (A2) [GEN] 50MG 1ML C/100 AMP - IM/IV/SC - 10010027                              | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 1,1220    | 112,20  | 0,00    | 112,20    | MG | 1134301560036 |
| 20 | 830-NITROGLICERINA (TRIDIL) 50MG 10ML C/10 AMP - IV - 461130/70000245                          | CRISTALIA  | 1    | 10     | 36,6000   | 366,00  | 0,00    | 366,00    | SP | 1029801330053 |
| 21 | 2941-VASELINA LIQUIDA C/12 FR 1L - 0530301162                                                  | RIOQUIMICA | 1    | 12     | 39,5833   | 475,00  | 0,00    | 475,00    | SP | isento        |
| 22 | 839-LIDOCAINA 2% GEL (XYLESTESIN) 20MG/G - TUBO 30G C/10 BISN+APLIC ESTERIL - 410107/70000088  | CRISTALIA  | 2    | 10     | 5,5600    | 55,60   | 0,00    | 111,20    | SP | 1029803570116 |
| 23 | 851-LIDOCAINA 2% S/VASO (XYLESTESIN) 20MG/ML - 20ML C/10 F/A - STERILE PACK - 411106/ 70000106 | CRISTALIA  | 8    | 10     | 7,8800    | 78,80   | 0,00    | 630,40    | SP | 1029803570027 |





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

**CD SP**

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Orçamento: 2645599

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

05/05/2025

Observação: COT 1459

MG - CNPJ: 11.872.656/0001-10: R\$ 649.7

SP - CNPJ: 11.872.656/0002-00: R\$ 5047.6

TOTAL: 5.697,30

Vendedor: JOAOH

Condição de pagamento: 28

Tel.: 34 32215300

Validade da proposta: 12/05/2025

Agradecemos a preferência !



## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

www.futuramedicamentos.com.br

Cotação no.: 1.419.411 Tatuí, 05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend. : 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

Telefone: (16) 039531716

Fax:

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail financeiro@iscmpontal.com.br

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

| PRODUTO                                                                      | FABRICANTE               | UNID.         | QUANTIDADE   | PREÇO R\$             | QUANT.POR CX   | PREÇO.UNIT.         | TOTAL R\$         |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------|-----------------------|----------------|---------------------|-------------------|
| 574741 AGUA P/ INJEÇÃO 10ML CX C/200                                         | FARMARIN                 | CX            | 5            | 40,750000             | 200            | 0,203800            | 203,75            |
| 569889 EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML S.INJ 1ML CX C/100 "HYFREN"            | HYPOFARMA                | CX            | 1            | 100,350000            | 100            | 1,003500            | 100,35            |
| 569456 AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES 100 ML CX C/24 FR                           | VICPHARMA                | CX            | 1            | 43,750000             | 24             | 1,822900            | 43,75             |
| 575356 ATENOLOL 25MG CX C/30CPR "GENERIC"                                    | BIOLAB                   | CX            | 2            | 2,300000              | 30             | 0,076700            | 4,60              |
| 28537 IPRATROPIO 0,25MG/ML 20ML "GENERIC"                                    | HIPOLABOR                | FR            | 30           | 0,960000              | 1              | 0,960000            | 28,80             |
| 567897 CEFAZOLINA SODICA 1G CX C/50 FA IM IV "GENERIC" (ANTIB)               | BIOCHIMICO               | CX            | 2            | 238,000000            | 50             | 4,760000            | 476,00            |
| 568702 CEFTRIAXONA SODICA 1000MG IV CX C/50FA "AMPLOPEC" ( ANT               | BIOCHIMICO               | CX            | 2            | 186,700000            | 50             | 3,734000            | 373,40            |
| 29044 CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML CX C/200                                    | ISOFARMA                 | CX            | 1            | 59,400000             | 200            | 0,297000            | 59,40             |
| 574783 CLOREXIDINA 0,2% (SOL AQUOSA) 100ML CX C/24 FR "CHLORDERM"            | VICPHARMA                | CX            | 2            | 68,900000             | 24             | 2,870800            | 137,80            |
| 572916 DIPIRONA SODICA 500MG/ML GTS 10ML "ABERLGINA"                         | AIRELA                   | FR            | 20           | 1,429000              | 1              | 1,429000            | 28,58             |
| 569342 DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML CX C/100 "DIPIFARMA"                     | FARMACE                  | CX            | 15           | 58,000000             | 100            | 0,580000            | 870,00            |
| 568565 DIMENIDRINATO+PIRIDOX+GLIC+FRUT IV 10ML C/100 "DRAMIN B6 DL"          | HYPERA/TAKEDA            | CX            | 1            | 843,000000            | 100            | 8,430000            | 843,00            |
| <del>48501 ESPIRONOLACTONA 25MG C/30 CMP "GENERIC"</del>                     | <del>EMS</del>           | <del>CX</del> | <del>2</del> | <del>9,350000</del>   | <del>30</del>  | <del>0,311700</del> | <del>18,70</del>  |
| <del>574510 FLUMAZENIL 0,5MG/5ML SOL INJ CX C/5 AMP "GENERIC" (C1)</del>     | <del>TEUTO BRASILE</del> | <del>CX</del> | <del>1</del> | <del>27,000000</del>  | <del>5</del>   | <del>5,400000</del> | <del>27,00</del>  |
| <del>568062 GLICOSE 50% 10ML CX C/200</del>                                  | <del>SAMTEC</del>        | <del>CX</del> | <del>1</del> | <del>137,200000</del> | <del>200</del> | <del>0,685000</del> | <del>137,20</del> |
| <del>574082 HIDROCORTISONA 100MG PO LIOF INJ CX C/50 F/A "ANDROCORTIL"</del> | <del>TEUTO BRASILE</del> | <del>CX</del> | <del>1</del> | <del>138,200000</del> | <del>50</del>  | <del>2,764000</del> | <del>138,20</del> |





## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira

TATUÍ / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111

PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

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

**Cotação no.:** 1.419.411

Tatuí,

05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

Telefone: (16) 039531716

Fax:

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail [financeiro@iscmpontal.com.br](mailto:financeiro@iscmpontal.com.br)

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

|        |                                                                 |               |    |    |            |     |           |          |
|--------|-----------------------------------------------------------------|---------------|----|----|------------|-----|-----------|----------|
| 574083 | HIDROCORTISONA 500MG PO LIOF INJ CX C/50 F/A<br>"ANDROCORTIL"   | TEUTO BRASILE | CX | 2  | 222,100000 | 50  | 4,442000  | 444,20   |
| 572111 | ISOSSORBIDA 20MG C/30 CMP "GENERIC"                             | BIOLAB        | CX | 1  | 7,150000   | 30  | 0,238300  | 7,15     |
| 569158 | LACTULOSE 667MG/ML 120ML AMEIXA "LACTULIFE"                     | NATULAB       | FR | 15 | 6,999000   | 1   | 6,999000  | 104,98   |
| 574098 | MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML CX C/50 AMP "GENERIC" (B1)                | TEUTO BRASILE | CX | 1  | 135,750000 | 50  | 2,715000  | 135,75   |
| 574977 | SORBITOL 714MG/G+LAURILSULFATO 7,70MG/G CX C 7BISN<br>"MINILAX" | EUROFARMA     | CX | 3  | 39,400000  | 7   | 5,628600  | 118,20   |
| 47828  | OXACILINA SODICA 500MG PO INJ CX C/100 FA "OXANON"              | BLAU          | CX | 4  | 416,000000 | 100 | 4,160000  | 1.664,00 |
| 568501 | ONDANSETRONA 2MG/ML 4ML CX C/50 "GENERIC"                       | HYPOFARMA     | CX | 8  | 50,500000  | 50  | 1,010000  | 404,00   |
| 569310 | PARACETAMOL 200MG/ML 15ML "TYLEMAX"                             | NATULAB       | FR | 20 | 1,510000   | 1   | 1,510000  | 30,20    |
| 574821 | PARACETAMOL 750MG CX C/100 CP "GENERIC"                         | ZYDUS DO BRAS | CX | 2  | 15,700000  | 100 | 0,157000  | 31,40    |
| 568527 | PROMETAZINA 25MG/ML 2ML IM CX C/100AMP "PROMETAZOL"             | HIPOLABOR/SAN | CX | 1  | 359,400000 | 100 | 3,594000  | 359,40   |
| 54924  | TRAMADOL 50MG/ML 1ML C/60 "GENERIC" (A2)                        | TEUTO BRASILE | CX | 5  | 49,100000  | 60  | 0,818300  | 245,50   |
| 568567 | NITROGLICERINA 5MG/ML 10ML CX C/10 AMP "TRIDIL"                 | CRISTALIA     | CX | 1  | 413,000000 | 10  | 41,300000 | 413,00   |
| 570012 | VASELINA LIQUIDA 1000ML CX C/12 FR                              | VICPHARMA     | CX | 1  | 512,900000 | 12  | 42,741700 | 512,90   |
| 574961 | LIDOCAINA 2% (20MG/G) GELEIA 30G C/100 TB "LABCAINA"            | PHARLAB       | CX | 1  | 468,000000 | 100 | 4,680000  | 468,00   |
| 24457  | LIDOCAINA 2% GELEIA 30G CX C/10 TB "XYLESTESIN"                 | CRISTALIA     | CX | 2  | 56,000000  | 10  | 5,600000  | 112,00   |
| 568776 | LIDOCAINA 2% S/ VASO 20ML CX C/ 10FR SP "XYLESTESIN"            | CRISTALIA     | CX | 8  | 71,600000  | 10  | 7,160000  | 572,80   |



## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUÍ / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: [vendas6@futuramedicamentos.com.br](mailto:vendas6@futuramedicamentos.com.br)

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

**Cotação no.:** 1.419.411      Tatuí, 05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716      Fax:

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL  
PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail [financeiro@iscmpontal.com.br](mailto:financeiro@iscmpontal.com.br)

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO 14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

**QTDE.ITENS:** 32

**TOTAL DO PEDIDO:** R\$ 9.114,01

**PRAZO DE ENTREGA:** 1 dias

**VALIDADE DA PROPOSTA:** 3 dias

OBSERVAÇÕES :

DANIELE CRISTINE DE ALMEIDA TELES





**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**  
 RUA HUMAITÁ, 290 - SANTA CRUZ DO JOSÉ JACQUES  
 CEP:14020-680 - RIBEIRAO PRETO - SP  
**TEL:(16)3993-9100 - Fax:(16)3993-9100**  
 CNPJ:04.274.988/0001-38 - IE:582.596.876.113  
 vendas@ativahosp.com.br Usuário:Marui

**ORCAMENTO Nº 2724906****05 DE MAIO DE 2025**

**Agente:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
(575)

**Contato:****Fantasia:****Cep:** 14180-000**Endereço:** R ANANIAS COSTA FREITAS,753**Telefone:** (16)99416-7261**Cidade:** PONTAL**Uf:** SP**Bairro:** CENTRO**E-mail:** [dpcompras@iscmpontal.com.br](mailto:dpcompras@iscmpontal.com.br)**Cnpj/Cpf:** 55.110.753/0001-41**IE/RG:** ISENT0**Produtos**

| Item | Código | Descrição                                                       | Emb. Padrão  | Un   | Qtd   | Unitário                    | Total  |
|------|--------|-----------------------------------------------------------------|--------------|------|-------|-----------------------------|--------|
| 0001 | 52075  | ÁGUA P/ INJ 10ML CX C/ 200 AP/FARMARIN                          | CX-200       | AP   | 1.000 | 0,2040                      | 204,00 |
|      |        | ÁGUA DESTILADA (ÁGUA P/ INJ) 10ML                               |              |      |       | Código MS:<br>1168800320183 |        |
| 0002 | 26816  | EPILENIL 250MG VO FR C/25 CAPS GEL MOLE/BIOLAB                  | EE-600       | CAPS | 150   | 0,3400                      | 51,00  |
|      |        | ÁCIDO VALPRÓICO 250MG                                           |              |      |       | Código MS:<br>1097400460023 |        |
| 0003 | 20404  | ADREN 0,1% (1MG/ML) SOL INJ 1ML CX C/ 100 AP/HIPOLABOR          | EE-2000      | AP   | 100   | 0,9600                      | 96,00  |
|      |        | HEMITARTARATO DE EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML SOL INJ 1ML     |              |      |       | Código MS:<br>1134300010016 |        |
| 0004 | 37822  | IPRATROPIO 0,25MG/ML (GEN) SOL P/ INAL 20ML PCT C/ 10/HIPOLABOR | EE-200       | FR   | 30    | 0,9700                      | 29,10  |
|      |        | BROMETO DE IPRATROPIO 0,25MG/ML SOL INAL 20ML                   |              |      |       | Código MS:<br>1134301620020 |        |
| 0005 | 39439  | CEFAZOLINA 1G PÓ SOL INJ (GEN) CT C/ 50 FA/ABL                  | EE-300       | FA   | 100   | 4,5200                      | 452,00 |
|      |        | CEFAZOLINA SÓDICA 1G PÓ P/ SOL INJ                              |              |      |       | Código MS:<br>1556200550031 |        |
| 0006 | 49498  | CEFTRIAXONA 1G (GEN) PÓ SOL INJ IV S/DIL CT C/ 50 FA/TEUTO      | CT-50        | FA   | 100   | 3,7800                      | 378,00 |
|      |        | CEFTRIAXONA SÓDICA 1G PÓ P/ SOL INJ IV S/ DIL                   |              |      |       | Código MS:<br>1037007120154 |        |
| 0007 | 32967  | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML CX C/ 200 AP/FARMACE                 | Paleta-57600 | AP   | 200   | 0,2300                      | 46,00  |
|      |        | CLORETO DE SÓDIO 0,9% (9MG/ML) SOL INJ IV 10ML                  |              |      |       | Código MS:<br>1108500010037 |        |
| 0008 | 56716  | GLICERINA C/SONDA (CLISTEROL) 12% 500ML CX C/ 20 FR/JP          | CX-20        | FR   | 20    | 6,9500                      | 139,00 |
|      |        | GLICERINA 12% (0,12G/ML) SOL RETAL 500ML C/ SONDA               |              |      |       | Código MS:<br>1049100110013 |        |
| 0010 | 40263  | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML (GEN) SOL OR 10ML PCT C/ 5 FR/FARMACE  | EE-100       | FR   | 20    | 1,1900                      | 23,80  |

|                                                            |       |                                                                   |         |    |       |        |          |                             |
|------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------|---------|----|-------|--------|----------|-----------------------------|
| DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOL OR 10ML                       |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1108500300027 |
| 0011                                                       | 37830 | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML (GEN) SOL INJ 2ML CT C/ 100 AP/HIPOLABOR | EE-2000 | AP | 1.500 | 0,6000 | 900,00   |                             |
| DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOL INJ 2ML                       |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1134301200021 |
| 0012                                                       | 53519 | DRAMIN B6 DL SOL INJ 10ML CX C/ 100 AP/COSMED/HYPERA              | EE-600  | AP | 100   | 7,7600 | 776,00   |                             |
| DIMENIDRINATO+VIT B6+GLICOSE+FRUTOSE SOL INJ 10ML          |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1781709000045 |
| 0013                                                       | 55610 | ESPIRONOLACTONA 25MG (GEN) CT C/ 30 CP/GEOLAB                     | EE-1800 | CP | 60    | 0,2000 | 12,00    |                             |
| ESPIRONOLACTONA 25MG                                       |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1542302660049 |
| 0014                                                       | 49411 | FLUMAZENIL 0,5MG (0,1MG/ML) (GEN) SOL INJ 5ML IV CT C/5 AP/TEUTO  | EE-400  | AP | 5     | 5,4000 | 27,00    |                             |
| FLUMAZENIL 0,1MG/ML SOL INJ IV 5ML                         |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1037006350032 |
| 0015                                                       | 27885 | GLICOSE 50% SOL INJ IV 10ML CX C/ 200 AP/ISOFARMA                 | CX-200  | AP | 200   | 0,5300 | 106,00   |                             |
| GLICOSE 50% (500MG/ML) SOL INJ IV 10ML                     |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1031101670015 |
| 0016                                                       | 21040 | CORTISONAL 100MG PÓ INJ S/DIL CT C/ 50 FA/UNIAO QUIMICA           | EE-600  | FA | 50    | 2,8100 | 140,50   |                             |
| SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100MG PÓ LIOF INJ S/DIL |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1049700200094 |
| 0018                                                       | 55368 | HIDROCORTISONA 500MG PÓ INJ S/DIL (GEN) CX C/ 50 FA/BLAU          | EE-800  | FA | 100   | 4,0800 | 408,00   |                             |
| SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 500MG PÓ LIOF INJ S/DIL |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1163701050039 |
| 0019                                                       | 55739 | ISOSSORBIDA 20MG (GEN) CT C/ 30 CP/BIOLAB                         | EE-1440 | CP | 30    | 0,2000 | 6,00     |                             |
| MONONITRATO-5 DE ISOSSORBIDA 20MG                          |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1097402650016 |
| 0020                                                       | 27635 | ISORDIL 10MG CT C/ 30 CP/EMS SIGMA PHARMA                         | EE-2520 | CP | 60    | 0,3100 | 18,60    |                             |
| DINITRATO DE ISOSSORBIDA 10MG                              |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1356900150025 |
| 0021                                                       | 48066 | MIDAZOLAM 50MG (5MG/ML) (GEN) SOL INJ 10ML CT C/ 50 AP/TEUTO      | EE-300  | AP | 50    | 2,5500 | 127,50   |                             |
| CLORIDRATO DE MIDAZOLAM 50MG (5MG/ML) SOL INJ 10ML         |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1037006360194 |
| 0022                                                       | 56778 | NISTATINA 100.000UI/ML SUSP ORAL 50ML (GEN) + CGT/TEUTO           | EE-100  | FR | 2     | 6,8500 | 13,70    |                             |
| NISTATINA 100.000UI/ML SUS OR 50ML                         |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1037004820015 |
| 0023                                                       | 55333 | OXACILIL 500MG PÓ P/ SOL INJ S/DIL CX C/ 50 FA/FRESENIUS          | EE-500  | FA | 400   | 4,5700 | 1.828,00 |                             |
| OXACILINA SÓDICA 500MG PÓ LIOF P/ SOL INJ S/DIL            |       |                                                                   |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1004101790031 |
| 0024                                                       | 52657 | ONDANSETRONA 8MG SOL INJ 4ML (GEN) CX C/ 100 AP/HIPOLABOR         | EE-2000 | AP | 400   | 1,1050 | 442,00   |                             |



|                                                                                                                    |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         |                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----|-----|---------|-----------------------------|--|
| CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 8MG (2MG/ML) SOL INJ 4ML                                                                |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS:<br>1134301990022 |  |
| 0025                                                                                                               | 56307 | PARACETAMOL 200MG/ML SOL OR GTS 15ML CX C/ 100<br>FR/FARMACE               | CX-100                                                                      | FR | 100 | 1,4700  | 147,00                      |  |
| PARACETAMOL 200MG/ML SOL OR 15ML                                                                                   |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS: ISENT0           |  |
| 0026                                                                                                               | 54003 | ABIDOR 750MG CT C/ 200 CP/AIRELA                                           | EE-2000                                                                     | CP | 200 | 0,2000  | 40,00                       |  |
| PARACETAMOL 750MG                                                                                                  |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS: ISENT0           |  |
| 0027                                                                                                               | 48121 | CRISPRED 20MG CX C/ 200 CP/CRISTÁLIA                                       | EE-4800                                                                     | CP | 200 | 0,2800  | 56,00                       |  |
| PREDNISONA 20MG                                                                                                    |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS:<br>1029801510043 |  |
| 0028                                                                                                               | 53345 | PROMETAZOL 25MG/ML SOL INJ 2ML CT C/ 100<br>AP/HIPOLABOR                   | EE-2000                                                                     | AP | 100 | 3,3600  | 336,00                      |  |
| CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML SOL INJ 2ML                                                                      |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS:<br>1134302020061 |  |
| 0029                                                                                                               | 36797 | TRAMADOL 50MG/ML (GEN) SOL INJ 1ML IM/IV CT C/60<br>AP/TEUTO               | EE-840                                                                      | AP | 300 | 0,7300  | 219,00                      |  |
| CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG SOL INJ 1ML                                                                            |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS:<br>1037005020039 |  |
| 0030                                                                                                               | 20703 | TRIDIL 5MG/ML SOL INJ 10ML CT C/ 10 AP/CRISTÁLIA                           | EE-600                                                                      | AP | 10  | 39,4400 | 394,40                      |  |
| NITROGLICERINA 50MG (5MG/ML) SOL INJ IV 10ML                                                                       |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS:<br>1029801330053 |  |
| 0031                                                                                                               | 20641 | XYLESTESIN 2% (20MG/G) GELEIA TOP 30G CT C/ 10 BG +<br>10 APLIC./CRISTÁLIA | EE-360                                                                      | BG | 20  | 6,9000  | 138,00                      |  |
| CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% (20MG/G) GELE TOP 30G                                                                   |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS:<br>1029803570116 |  |
| 0032                                                                                                               | 36886 | XYLESTESIN 2% (20MG/ML) SOL INJ EST S/V 20ML CX C/<br>10 FA/CRISTÁLIA      | EE-200                                                                      | FA | 80  | 11,7800 | 942,40                      |  |
| CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 20MG/ML (2%) SOL INJ 20ML                                                                  |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         | Código MS:<br>1029803570027 |  |
| <b>Total Geral: R\$ 8.497,00</b>                                                                                   |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         |                             |  |
| <b>** OITO MIL E QUATROCENTOS E NOVENTA E SETE REAIS **</b>                                                        |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         |                             |  |
| <b>Observações:</b>                                                                                                |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         |                             |  |
| BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4<br>BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0<br>PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38 |       |                                                                            |                                                                             |    |     |         |                             |  |
| <b>Cond.Pagto:</b> 30                                                                                              |       |                                                                            | <b>Validade Proposta:</b> 5 Dias da Abertura                                |    |     |         |                             |  |
| <b>Transportadora:</b> Cif -                                                                                       |       |                                                                            | <b>Vendedor:</b> MARUI<br>ATIVA REGIÃO 16 - MARUÍ<br>marui@ativahosp.com.br |    |     |         |                             |  |



**MEDCENTER COMERCIAL LTDA**  
Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges  
Pouso Alegre - MG - CEP 37550-000 - FONE: (35) 3449-1950  
CNPJ: 00.874.929/0001-40 - I.E 525.949584.0034  
www.medcentercomercial.com.br

**Cotação # 391675**

Cliente 14112 - IRMANDADE DA SANTA  
Região 35 - SAO PAULO  
Rating  
Limite de Crédito R\$ 5.000,00

Contato 14112.1 - LUCIA - COMPRAS / FINANCEIRO  
Cargo  
Telefone 991100279  
Setor

| Tipo Operação                   |                                                                       | Data Cotação               |                | Situação     |  |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|--------------|--|
| Receptivo                       |                                                                       | 05/05/2025                 |                | VALIDA       |  |
| Forma de Pagto                  |                                                                       | Condição de Pagto          |                |              |  |
| BL - BOLETO                     |                                                                       | 10D - 10 DIAS - R\$ 300,00 |                |              |  |
| Operador                        |                                                                       | Períodos Vencido           |                |              |  |
| 235 - BRUNA CRISTINA FONSECA DA |                                                                       | 10                         |                |              |  |
| Seq.                            | # Item Descrição                                                      | Quantidade Solicitada      | Valor Unitário | Valor Total  |  |
| 1                               | 381 AGUA BI DESTILADA AMP 10ML FARMACE AP COM 1 AP                    | 1.000,000                  | R\$ 0,2200     | R\$ 220,00   |  |
| 2                               | 15970 ADRENALINA 1/1000 1ML (EPINEFRINA)(S) VP HYPOFARMA AP COM 1 AP  | 100,000                    | R\$ 1,07       | R\$ 107,00   |  |
| 3                               | 12305 AGUA OXIGENADA 10 VOL 100ML ALMOT. VIC PHARMA FR COM 1 FR       | 24,000                     | R\$ 1,50       | R\$ 36,00    |  |
| 4                               | 18121 ATENOLOL 25MG COMP (G)/ VP SANDOZ CP COM 1 CP                   | 60,000                     | R\$ 0,0500     | R\$ 3,00     |  |
| 5                               | 17688 IPRATROPIO BROMETO 0,25MG/ML 20ML(G)/ UNIAO QUIMICA FR COM 1 FR | 30,000                     | R\$ 2,08       | R\$ 62,40    |  |
| 6                               | 18504 CEFAZOLINA SODICA 1 GR F/A (S) BLAU FR COM 1 FR                 | 100,000                    | R\$ 4,62       | R\$ 462,00   |  |
| 7                               | 16194 CEFTRIAXONA 1 GR IV S/DIL (G) BLAU FR COM 1 FR                  | 100,000                    | R\$ 4,10       | R\$ 410,00   |  |
| 8                               | 2641 CLORETO DE SODIO 0,9% 10 ML FARMACE AP COM 1 AP                  | 200,000                    | R\$ 0,2400     | R\$ 48,00    |  |
| 9                               | 1027 CLOREXIDINA 0,2% 100 ML (AQUOSA) VIC PHARMA FR COM 1 FR          | 30,000                     | R\$ 1,30       | R\$ 39,00    |  |
| 10                              | 6373 DIPIRONA 1GR AMP 2ML (S) FARMACE AP COM 1 AP                     | 1.500,000                  | R\$ 0,6000     | R\$ 900,00   |  |
| 11                              | 7643 HIDROCORTISONA 100 MG F/A S/DIL (G) BLAU FR COM 1 FR             | 50,000                     | R\$ 3,19       | R\$ 159,50   |  |
| 12                              | 16397 ISOSSORBIDA MONONITRATO 20MG COMP (G) VP BIOLAB CP COM 1 CP     | 30,000                     | R\$ 0,1900     | R\$ 5,70     |  |
| 13                              | 2561 OXACILINA 500 MG F A S/DIL (SODICA) (S) BLAU FR COM 1 FR         | 400,000                    | R\$ 3,99       | R\$ 1.596,00 |  |
| 14                              | 508 ONDANSETRONA 8MG AMP 4ML (G) VP HYPOFARMA AP COM 1 AP             | 400,000                    | R\$ 1,03       | R\$ 412,00   |  |
| 15                              | 1109 VASELINA LIQUIDA 1000 ML VIC PHARMA LT COM 1 LT                  | 2,000                      | R\$ 31,20      | R\$ 62,40    |  |
| 16                              | 911 LIDOCAINA 2% GELEIA 30GR (S) VP BRAINFARMA TB COM 1 TB            | 100,000                    | R\$ 7,62       | R\$ 762,00   |  |
| Valor Total Itens               |                                                                       | R\$ 5.285,00               |                | Valor Total  |  |
| Tipo Entrega                    |                                                                       | Sem Frete                  |                | R\$ 5.285,00 |  |
| Valor Imposto                   |                                                                       | R\$ 0,0000                 |                | Valor Total  |  |
| Valor Frete                     |                                                                       | R\$ 0,00                   |                |              |  |

BRUNA CRISTINA FONSECA DA SILVA

( )

Observação

Observação





Empresa: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

Cidade: JAGUARIUNA Estado: SP

End: PC EMILIO MARCONATO, 1000, GALPAO 22 e 27

Fone: (19) 35225-800

Cep: 13.916-074

Cnpj: 67.729.178/0004-91

Orçamento: A1WGJ6/1

Segunda-feira, 5 de Maio de 2025 - 11:57:13

## Dados do Cliente:

Empresa: 2839 - IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL

Cidade: PONTAL - Estado: SP

Fax:

End: RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753

Fone: 16 39531716

Cnpj: 55.110.753/0001-41

Cep: 14.180-000

Conforme vossa solicitação, temos a satisfação de oferecer nosso(s) preço(s) da(s) mercadoria(s) abaixo relacionada(s)

| Seq. Cli.        | Cód. Item | Descrição                                    | Marca           | UN | Emb    | Qtd | Pr.Unit           | Pr.Emb       | Pr.Total   |
|------------------|-----------|----------------------------------------------|-----------------|----|--------|-----|-------------------|--------------|------------|
| 1                | 035226    | AGUA PARA INJECAO CX C/200AP X 10ML PL       | FARMARIN        | CX | Caixas | 5   | R\$ 0,1964        | R\$ 39,2800  | R\$ 196,40 |
| Principio Ativo: |           | AGUA PARA INJECAO 10ML                       |                 |    |        |     |                   |              |            |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | Reg. MS:          |              |            |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | 1.1688.0032.018-3 |              |            |
| 2                | 010702    | EPILENIL 250MG CX C/1FR X 25CA               | BIOLAB SANUS    | CX | Caixas | 1   | R\$ 0,3220        | R\$ 8,0500   | R\$ 8,05   |
| Principio Ativo: |           | ACIDO VALPROICO 250MG                        |                 |    |        |     | Reg. MS:          |              |            |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | 1.0974.0046.002-3 |              |            |
| 3                | 010705    | ADREN 1MG/ML C/100AP X 1ML IM/IV/SC          | HIPOLABOR       | CX | Caixas | 1   | R\$ 0,8155        | R\$ 81,5500  | R\$ 81,55  |
| Principio Ativo: |           | ADRENALINA (EPINEFRINA) 1MG/ML               |                 |    |        |     | Reg. MS:          |              |            |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | 1.1343.0001.001-6 |              |            |
| 4                | 025770    | AGUA OXIGENADA 10VOL 100ML CX C/24FR - 83500 | VIC PHARMA      | CX | Caixas | 1   | R\$ 1,6185        | R\$ 38,8440  | R\$ 38,84  |
| Principio Ativo: |           | AGUA OXIGENADA 100ML                         |                 |    |        |     | Reg. MS:          |              |            |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | 0.0000.0000.000-0 |              |            |
| 5                | 024167    | BESILAPIN 5MG CX C/25BLT X 20CPR             | GEOLAB          | cx | Caixas | 1   | R\$ 0,0249        | R\$ 12,4500  | R\$ 12,45  |
| Principio Ativo: |           | ANLODIPINO 5MG, BESILATO                     |                 |    |        |     | Reg. MS:          |              |            |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | 1.5423.0243.004-3 |              |            |
| 6                | 021053    | ATENOLOL 25MG CX C/40BLT X 15CPR GEN         | PRATI DONADUZZI | CX | Caixas | 1   | R\$ 0,0404        | R\$ 24,2400  | R\$ 24,24  |
| Principio Ativo: |           | ATENOLOL 25MG                                |                 |    |        |     | Reg. MS:          |              |            |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | 1.2568.0146.003-8 |              |            |
| 7                | 022584    | IPRATROPIO 0,25MG/ML CX C/200FR X 20ML GEN   | HIPOLABOR       | CX | Caixas | 1   | R\$ 1,0710        | R\$ 214,2000 | R\$ 214,20 |
| Principio Ativo: |           | BROMETO DE IPRATROPIO 0.025%                 |                 |    |        |     | Reg. MS:          |              |            |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | 1.1343.0162.002-0 |              |            |

|                  |        |                                                             |                    |        |    |                               |                 |            |
|------------------|--------|-------------------------------------------------------------|--------------------|--------|----|-------------------------------|-----------------|------------|
| 8                | 024218 | CEFAZOLINA 1G CX C/50F-A S/DIL GEN                          | ANTIBIOTICOS DO CX | Caixas | 1  | R\$<br>4,5566                 | R\$<br>227,8300 | R\$ 227,83 |
| Principio Ativo: |        | CEFAZOLINA SODICA 1G                                        |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.5562.0055.003-1 |                 |            |
| 9                | 001909 | AMPLOSPEC 1G CX C/50FA S/DIL                                | BIOCHIMICO CX      | Caixas | 2  | R\$<br>4,3676                 | R\$<br>218,3800 | R\$ 436,76 |
| Principio Ativo: |        | CEFTRIAXONA 1G IV                                           |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0063.0003.005-8 |                 |            |
| 10               | 035227 | CLORETO DE SODIO 0,9% C/200AP X 10ML PL                     | FARMARIN CX        | Caixas | 1  | R\$<br>0,2278                 | R\$<br>45,5600  | R\$ 45,56  |
| Principio Ativo: |        | CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML                                  |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.1688.0035.006-6 |                 |            |
| 11               | 031875 | CHLORCLEAR 2% AQUOSA 100ML<br>ALMOTOLIA CX C/24FR 88202     | VIC PHARMA CX      | Caixas | 1  | R\$<br>2,4495                 | R\$<br>58,7880  | R\$ 58,79  |
| Principio Ativo: |        | CLOREXIDINA 2% AQUOSA 100ML                                 |                    |        |    | Reg. MS:<br>00000000000000    |                 |            |
| 12               | 033557 | DIPIRONA SODICA 500MG/ML CX C/100AP X 2ML GEN               | HYPOFARMA CX       | Caixas | 15 | R\$<br>0,5694                 | R\$<br>56,9400  | R\$ 854,10 |
| Principio Ativo: |        | DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML                                |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0387.0076.001-9 |                 |            |
| 13               | 033087 | DRAMIN B6 DL 3+5+100+100MG/ML INJ IV C/100AP X 10ML 21665-2 | NEO Q/COSMED CX    | Caixas | 1  | R\$<br>7,3000                 | R\$<br>730,0000 | R\$ 730,00 |
| Principio Ativo: |        | DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA, CLOR + GLICOSE + FRUTOSE        |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.7817.0900.004-5 |                 |            |
| 14               | 033693 | ESPIRONOLACTONA 25 MG CX C/2BL X 15CP GEN                   | GEOLAB CX          | Caixas | 2  | R\$<br>0,1821                 | R\$<br>5,4630   | R\$ 10,93  |
| Principio Ativo: |        | ESPIRONOLACTONA 25MG                                        |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.5423.0266.004-9 |                 |            |
| 15               | 019728 | GLICOSE 50% CX C/200AP X 10ML PLAST                         | HALEX/ISOFARMA CX  | Caixas | 1  | R\$<br>0,6767                 | R\$<br>135,3400 | R\$ 135,34 |
| Principio Ativo: |        | GLICOSE 50% 10ML                                            |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0311.0167.001-5 |                 |            |
| 16               | 019947 | ANDROCORTIL 500MG CX C/50FA IM/IV S/DIL - 2596              | TEUTO CX           | Caixas | 1  | R\$<br>4,3675                 | R\$<br>218,3750 | R\$ 218,38 |
| Principio Ativo: |        | HIDROCORTISONA 500MG,SUCCINATO SODICO                       |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0370.0463.006-2 |                 |            |
| 17               | 033328 | ISOSSORBIDA 20MG CX C/3BL X 10 CP GEN                       | BIOLAB SANUS CX    | Caixas | 1  | R\$<br>0,1692                 | R\$<br>5,0760   | R\$ 5,08   |
| Principio Ativo: |        | ISOSSORBIDA 20MG, MONONITRATO                               |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0974.0265.001-6 |                 |            |
| 18               | 035739 | LACTBEN 667MG/ML CX C/50FR X 120ML SABOR AMEIXA             | MAYBEN CX          | Caixas | 1  | R\$<br>5,1721                 | R\$<br>258,6050 | R\$ 258,61 |



|                  |                                              |                |                   |        |   |             |              |              |  |
|------------------|----------------------------------------------|----------------|-------------------|--------|---|-------------|--------------|--------------|--|
| Principio Ativo: | LACTULOSE 667MG/ML                           | Reg. MS:       | 0.0000.0000.000-0 |        |   |             |              |              |  |
| 19 021057        | MIDAZOLAM 5MG/ML CX C/100AP X 10ML GEN       | HIPOLABOR      | CX                | Caixas | 1 | R\$ 2,6775  | R\$ 267,7500 | R\$ 267,75   |  |
| Principio Ativo: | MIDAZOLAM 50MG                               | Reg. MS:       | 1.1343.0143.008-6 |        |   |             |              |              |  |
| 20 032746        | OXACILIL 500MG IM/IV CX C/50FA               | FRESENIUS KABI | CX                | Caixas | 8 | R\$ 4,5837  | R\$ 229,1850 | R\$ 1.833,48 |  |
| Principio Ativo: | OXACILINA SODICA 500MG                       | Reg. MS:       | 1.0041.0179.003-1 |        |   |             |              |              |  |
| 21 031605        | ONDANSETRONA 2MG/ML CX C/100AP X 4ML GEN     | HIPOLABOR      | CX                | Caixas | 4 | R\$ 1,0990  | R\$ 109,9000 | R\$ 439,60   |  |
| Principio Ativo: | ONDANSETRONA 8MG/4ML,CLORIDRATO              | Reg. MS:       | 1134301990022     |        |   |             |              |              |  |
| 22 033277        | PREDNISONA 20MG CX C/ 1BL X 10CP GEN 1006576 | ACHE           | CX                | Caixas | 6 | R\$ 0,6892  | R\$ 6,8920   | R\$ 41,35    |  |
| Principio Ativo: | PREDNISONA 20MG                              | Reg. MS:       | 1.0573.0702.002-8 |        |   |             |              |              |  |
| 23 033386        | PROMETAZOL 25MG/ML CX C/100AP X 2ML          | HIPOLABOR      | CX                | Caixas | 1 | R\$ 3,2182  | R\$ 321,8200 | R\$ 321,82   |  |
| Principio Ativo: | PROMETAZINA 50MG/2ML,CLORIDRATO              | Reg. MS:       | 1.1343.0202.006-1 |        |   |             |              |              |  |
| 24 021840        | TRAMADOL 50MG/ML CX C/100AP X 1ML GEN        | HIPOLABOR      | CX                | Caixas | 3 | R\$ 0,8568  | R\$ 85,6800  | R\$ 257,04   |  |
| Principio Ativo: | TRAMADOL 50MG/ML,CLORIDRATO                  | Reg. MS:       | 1.1343.0156.003-6 |        |   |             |              |              |  |
| 25 023741        | TRIDIL 50MG CX C/10AP X 10ML                 | CRISTALIA      | CX                | Caixas | 1 | R\$ 36,7797 | R\$ 367,7970 | R\$ 367,80   |  |
| Principio Ativo: | NITROGLICERINA 50MG                          | Reg. MS:       | 1.0298.0133.005-3 |        |   |             |              |              |  |
| 26 035250        | VASELINA LIQUIDA 1000ML C/12FR - 88341       | VIC PHARMA     | CX                | Caixas | 1 | R\$ 25,7943 | R\$ 309,5316 | R\$ 309,53   |  |
| Principio Ativo: | VASELINA LIQUIDA 1000ML                      | Reg. MS:       | 0.0000.0000.000-0 |        |   |             |              |              |  |
| 27 011763        | XYLESTESIN 2% CX C/10BG X 30GR + APLICADORES | CRISTALIA      | CX                | Caixas | 2 | R\$ 5,9178  | R\$ 59,1780  | R\$ 118,36   |  |
| Principio Ativo: | LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO                    | Reg. MS:       | 1.0298.0357.011-6 |        |   |             |              |              |  |
| 28 010816        | XYLESTESIN 2% S/V S.P. CX C/10EST X 20ML     | CRISTALIA      | CX                | Caixas | 1 | R\$ 11,1688 | R\$ 111,6880 | R\$ 111,69   |  |
| Principio Ativo: | LIDOCAINA 2% S/V 20ML, CLORIDRATO            | Reg. MS:       | 1.0298.0357.002-7 |        |   |             |              |              |  |

**Total Orçamento : R\$ 7.625,53**

**Condição de Pagamento: 28 DIAS**

**Previsão de Entrega: 06/05/2025**

**Validade da Proposta: 08/05/2025**

**Observações:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Estamos no Aguardo de uma Resposta Afirmativa, e colocamo-nos a seu inteiro dispor para maiores esclarecimentos.**

**Atenciosamente,**

---

**WILLIAN LINO REPRESENTACAO  
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
Orçamento realizado por: Paulo Eduardo da Mota Botta**





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Banco Recebedor:        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| Pagador Final / Efetivo |                                |
| CPF/CNPJ:               | 55.110.753/0001-41             |
| Nome:                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.00009 01711.536001 01459.784177 2 11040000295983 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco:       | BANCO DO BRASIL S/A                                    |
| Código do Banco:                            | 1                                                      |
| Beneficiário original / Cedente             |                                                        |
| Nome Fantasia:                              | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA                   |
| Nome/Razão Social:                          | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA                   |
| CPF/CNPJ:                                   | 67.729.178/0004-91                                     |
| Pagador Sacado                              |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL                      |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Data do Vencimento:               | 06/06/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 05/06/2025 |
| Valor Nominal do Boleto:          | 2.959,83   |
| Juros (R\$):                      | 0,00       |
| IOF (R\$):                        | 0,00       |
| Multa (R\$):                      | 0,00       |
| Desconto (R\$):                   | 0,00       |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00       |
| Valor Calculado (R\$):            | 2.959,83   |
| Valor Pago (R\$):                 | 2.959,83   |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 05/06/2025 11:38:56 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 47778420480      |
| Chave de segurança: | 1F3VSR4SW80QGU7A |

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

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 GALPAO 22 e 27 - JARDIM PRIMAVERA - JAGUARIUNA - SP

CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA

NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA

1 - SAIDA

Nº. 2002175

FL 1 / 1

SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3525 0567 7291 7800 0491 5500 1002 0021 7516 8141 6391

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

135251184990082 05/05/2025 20:03:15

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL

CNPJ / CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

05/05/2025

ENDEREÇO

RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

14180-000

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

05/05/2025

MUNICÍPIO

PONTAL

FONE / FAX

1639531716

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

| FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR    | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR |
|----------------|------------|----------|----------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| 2002175/1      | 06/06/2025 | 2.959,83 |                |            |       |                |            |       |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUTO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.959,83                | 355,18        | 0,00                       | 0,00                     | 2.959,83                 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | VALOR DO DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|----------------|-----------------|-------------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 0,00           | 0,00            | 0,00              | 0,00            | 0,00         | 2.959,83            |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| NOME / RAZÃO SOCIAL             | FRETE POR CONTA           | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ               |
|---------------------------------|---------------------------|-------------|------------------|----|--------------------|
| NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. | 0 - Por conta do emitente |             |                  |    | 15.066.184/0001-60 |

| ENDEREÇO                 | MUNICÍPIO             | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|--------------------------|-----------------------|----|--------------------|
| R MARIA CERON VOLPE 2260 | SAO JOSE DO RIO PRETO | SP | 647598751114       |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE   | MARCA | NUMERO  | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|------------|-----------|-------|---------|------------|--------------|
| 9,00       | VOLUME(S) |       | 0,25830 | 108,810    | 108,810      |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO                                                                                   | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| 030006 | CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML S.FECHADO BOLSA (HAL EX ISTAR) L: 0000201029 Q: 900,0000 F: 28/02/25 V: 28/02/027 | 30049099 | 000 | 5102 | BO | 900,00 | 3,2887         | 2.959,83    | 2.959,83     | 355,18     | 0,00      | 12,00          | 0,00          |

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 6850 TERMO DE CONVENIO N 013 2022 T A N 10 2025 DATA ENTREGA: 06/05/2025 Pedido: 3149573 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 3149573 \*\*\* O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 06/05/2025 TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 13,30% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00.(Codigo Interno Emitente: 2839 Nome Fantasia: IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL)

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO: DATA 06/10/25 Farmácia Santa Casa de Pontal



## 001-9 | RECIBO DO SACADO

|                        |                           |                   |            |
|------------------------|---------------------------|-------------------|------------|
| VENCIMENTO             | AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE  | ESPÉCIE           | QUANTIDADE |
| 06/06/2025             | 5119-5 / 306406-9         | R\$               |            |
| (=) VALOR DO DOCUMENTO | (-) DESCONTO / ABATIMENTO | (+) JUROS / MULTA |            |
| 2.959,83               |                           |                   |            |
| (=) VALOR COBRADO      | NOSSO NÚMERO              | Nº DO DOCUMENTO   |            |
|                        | 17115360001459784         | 2002175/01        |            |

SACADO

IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

|                        |                          |         |            |
|------------------------|--------------------------|---------|------------|
| VENCIMENTO             | AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE | ESPÉCIE | QUANTIDADE |
| 06/06/2025             | 5119-5 / 306406-9        | R\$     |            |
| (=) VALOR DO DOCUMENTO | NOSSO NÚMERO             |         |            |
| 2.959,83               | 17115360001459784        |         |            |

SACADO

IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL

ASSINATURA DO RECEBEDOR

DATA DE ENTREGA

CORTE NA LINHA PONTILHADA

001-9 | 00190.00009 01711.536001 01459.784177 2 11040000295983

|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    |                           |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| LOCAL DE PAGAMENTO                                                  |                     |                      |            |                       |                    | VENCIMENTO                |
| QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO                                     |                     |                      |            |                       |                    | 06/06/2025                |
| CEDENTE                                                             |                     |                      |            |                       |                    | AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE  |
| COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91 |                     |                      |            |                       |                    | 5119-5 / 306406-9         |
| DATA DO DOCUMENTO                                                   | NÚMERO DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DO DOCUMENTO | ACEITE     | DATA DO PROCESSAMENTO | NOSSO NÚMERO       |                           |
| 05/05/2025                                                          | 2002175/01          | DM                   | N          | 05/05/2025            | 17115360001459784  |                           |
| USO DO BANCO                                                        | CARTEIRA            | ESPÉCIE              | QUANTIDADE | VALOR                 | VALOR DO DOCUMENTO |                           |
|                                                                     | 17-019              | R\$                  |            |                       | 2.959,83           |                           |
| INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)                   |                     |                      |            |                       |                    | (-) DESCONTO / ABATIMENTO |
| MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 07/06/2025                                |                     |                      |            |                       |                    | (-) OUTRAS DEDUÇÕES       |
| JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R\$ 59,19)                            |                     |                      |            |                       |                    | (+) JUROS / MULTA         |
| *** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO           |                     |                      |            |                       |                    | (+) OUTROS ACRÉSCIMOS     |
|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    | (=) VALOR COBRADO         |
| SACADO                                                              |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL - CNPJ 55.110.753/0001-41         |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753                                       |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| PONTAL - SP - CEP: 14180-000                                        |                     |                      |            |                       |                    |                           |
|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    | CÓDIGO DE BAIXA 1ª VIA    |

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO



001-9 | 00190.00009 01711.536001 01459.784177 2 11040000295983

|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    |                           |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| LOCAL DE PAGAMENTO                                                  |                     |                      |            |                       |                    | VENCIMENTO                |
| QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO                                     |                     |                      |            |                       |                    | 06/06/2025                |
| CEDENTE                                                             |                     |                      |            |                       |                    | AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE  |
| COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91 |                     |                      |            |                       |                    | 5119-5 / 306406-9         |
| DATA DO DOCUMENTO                                                   | NÚMERO DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DO DOCUMENTO | ACEITE     | DATA DO PROCESSAMENTO | NOSSO NÚMERO       |                           |
| 05/05/2025                                                          | 2002175/01          | DM                   | N          | 05/05/2025            | 17115360001459784  |                           |
| USO DO BANCO                                                        | CARTEIRA            | ESPÉCIE              | QUANTIDADE | VALOR                 | VALOR DO DOCUMENTO |                           |
|                                                                     | 17-019              | R\$                  |            |                       | 2.959,83           |                           |
| INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)                   |                     |                      |            |                       |                    | (-) DESCONTO / ABATIMENTO |
| MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 07/06/2025                                |                     |                      |            |                       |                    | (-) OUTRAS DEDUÇÕES       |
| JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R\$ 59,19)                            |                     |                      |            |                       |                    | (+) JUROS / MULTA         |
| *** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO           |                     |                      |            |                       |                    | (+) OUTROS ACRÉSCIMOS     |
|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    | (=) VALOR COBRADO         |
| SACADO                                                              |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL - CNPJ 55.110.753/0001-41         |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753                                       |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| PONTAL - SP - CEP: 14180-000                                        |                     |                      |            |                       |                    |                           |
|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    | CÓDIGO DE BAIXA 2ª VIA    |

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO



|                                                                     |  |                                                      |  |                                |
|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|--------------------------------|
| SIH-R<HCMP0004>                                                     |  | Emissão 05/05/2025 15:07                             |  | 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                   |  | 6850                           |
| Pedido de Compra                                                    |  |                                                      |  |                                |
| Tipo Pedido: PRODUTO                                                |  | Fornecedor: 4 - COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA |  | Data Ped: 05/05/2025           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                                    |  | Cond.Pagto: 30 DIAS                                  |  | Dt Env. Forn:                  |
| Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA                                       |  | Status do pedido: Não Entregou                       |  |                                |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)                  |  | Situação do Item                                     |  | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) |
| Centro de Custo                                                     |  | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =              |  | Vlr.Total                      |
| Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO N° 013/2022 - T.A N° 10/2025 |  |                                                      |  |                                |
| 40885- 1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 100ML-BOLSA-                   |  | Não Entregou                                         |  |                                |
| (4) FARMÁCIA                                                        |  | 900,0000 3,2887 0,0000 0,0000                        |  | 2.959,8300                     |
| Complemento do item                                                 |  |                                                      |  |                                |
| Totais:                                                             |  |                                                      |  |                                |
|                                                                     |  | Total Bruto dos itens:                               |  | 2.959,8300                     |
|                                                                     |  | Total Descontos dos itens:                           |  | 0,0000                         |
|                                                                     |  | Total IPI dos itens:                                 |  | 0,0000                         |
| Total dos Itens +                                                   |  | Encargo Pedido -                                     |  | Desconto Pedido +              |
| Frete Pedido =                                                      |  | Total do Pedido                                      |  |                                |
| 2.959,8300                                                          |  | 0,0000                                               |  | 0,0000 0,0000 2.959,8300       |
| Lucimar S. das Flores                                               |  | ADMINISTRAÇÃO                                        |  |                                |
| Dep. de Compras                                                     |  | Roger Felipe Gomes Oliveira                          |  |                                |
| Santa Casa de Pontal                                                |  | Provedor                                             |  |                                |
|                                                                     |  | Irmãdade da Santa Casa de                            |  |                                |
|                                                                     |  | Misericórdia de Pontal                               |  |                                |



## Política de Devolução

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

### No ato da entrega:

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

### No caso de irregularidades/não conformidades:

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

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

#### **Clientes Canal Privado:**

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

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

Estados do Sul – (43) 3032-1050

Demais Estados – (31) 3439-4300

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

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

- Paraná: Art. 319 e 445, RICMS-PR.

- Pernambuco: Cap. VII, RICMS-PE.

- São Paulo: Art. 453, RICMS-SP.

#### **RIOCLARENSE**

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

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

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

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

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





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

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

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

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

#### Atenciosamente, Comitê de Procedimentos Rioclarense

##### RIOCLARENSE

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

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

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

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

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





Empresa: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
Cidade: JAGUARIUNA Estado: SP  
End: PC EMILIO MARCONATO, 1000, GALPAO 22 e 27  
Fone: (19) 35225-800  
Cep: 13.916-074  
Cnpj: 67.729.178/0004-91

Orçamento: A1WGM5/1  
Segunda-feira, 5 de Maio de 2025 - 12:35:2

Dados do Cliente:

Empresa: 2839 - IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL  
End: RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753  
Cep: 14.180-000

Cidade: PONTAL - Estado: SP  
Fone: 16 39531716

Fax:  
Cnpj: 55.110.753/0001-41

Conforme vossa solicitação, temos a satisfação de oferecer nosso(s) preço(s) da(s) mercadoria(s) abaixo relacionada(s)

| Seq. Cli.        | Cód. Item | Descrição                                       | Marca       | UN | Emb    | Qtd | Pr.Unit                    | Pr.Emb       | Pr.Total     |
|------------------|-----------|-------------------------------------------------|-------------|----|--------|-----|----------------------------|--------------|--------------|
| 1                | 029483    | SORO RINGER C/LACTATO 500ML C/30BOL S.F         | HALEX ISTAR | CX | Caixas | 4   | R\$ 6,9197                 | R\$ 207,5910 | R\$ 830,36   |
| Principio Ativo: |           | RINGER C/LACTATO 500ML S. FECHADO BOLSA         |             |    |        |     | Reg. MS: 1.0311.0089.031-3 |              |              |
| 2                | 030006    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML C/100BOL S.F        | HALEX ISTAR | CX | Caixas | 9   | R\$ 3,2887                 | R\$ 328,8700 | R\$ 2.959,83 |
| Principio Ativo: |           | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ML S.FECHADO BOLSA     |             |    |        |     | Reg. MS: 1.0311.0011.167-5 |              |              |
| 3                | 021456    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML C/50BOL S.F         | EUROFARMA   | CX | Caixas | 17  | R\$ 4,9580                 | R\$ 247,9000 | R\$ 4.214,30 |
| Principio Ativo: |           | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250ML S.FECHADO BOLSA     |             |    |        |     | Reg. MS: 1.0043.1047.004-6 |              |              |
| 4                | 032390    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML C/24BOL S.F         | EUROFARMA   | CX | Caixas | 30  | R\$ 5,3500                 | R\$ 128,4000 | R\$ 3.852,00 |
| Principio Ativo: |           | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ML S.FECHADO BOLSA     |             |    |        |     | Reg. MS: 1004310470054     |              |              |
| 5                | 030442    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML C/15BOL S.F        | EUROFARMA   | CX | Caixas | 26  | R\$ 7,0000                 | R\$ 105,0000 | R\$ 2.730,00 |
| Principio Ativo: |           | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000ML S.FECHADO BOLSA    |             |    |        |     | Reg. MS: 1.0043.1047.006-2 |              |              |
| 6                | 031745    | SORO GLICOFISIOLÓGICO 500ML C/30BOL S.F         | HALEX ISTAR | CX | Caixas | 2   | R\$ 8,3047                 | R\$ 249,1410 | R\$ 498,28   |
| Principio Ativo: |           | CLORETO DE SÓDIO GLICOSE 500ML S. FECHADO BOLSA |             |    |        |     | Reg. MS: 1.0311.0124.028-2 |              |              |

Total Orçamento : R\$ 15.084,77

Condição de Pagamento: 28 DIAS

Previsão de Entrega: 06/05/2025

Validade da Proposta: 08/05/2025

Observações:

|  |
|--|
|  |
|--|

Estamos no Aguardo de uma Resposta Afirmativa, e colocamo-nos a seu inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

WILLIAN LINO REPRESENTACAO  
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
Orçamento realizado por: Paulo Eduardo da Mota Botta





## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

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

Rua Dr. Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira

TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111

PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

E-mail: [vendas6@futuramedicamentos.com.br](mailto:vendas6@futuramedicamentos.com.br)

Cotação no.: 1.419.618 Tatui, 05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

Telefone: (16) 039531716

Fax:

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail [financeiro@iscmpontal.com.br](mailto:financeiro@iscmpontal.com.br)

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No. Empenho :

No. Proc. :

No. Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

| PRODUTO                                           | FABRICANTE    | UNID. | QUANTIDADE | PREÇO R\$  | QUANT. POR CX | PREÇO. UNIT. | TOTAL R\$ |
|---------------------------------------------------|---------------|-------|------------|------------|---------------|--------------|-----------|
| 568744 SOL FISIOLÓGICA 0,9% 1000ML CX C/15 BOLSAS | EUROFARMA     | CX    | 26         | 103,935000 | 15            | 6,929000     | 2.702,31  |
| 572852 SOL FISIOLÓGICA 0,9% 250ML CX C/50 BOLSAS  | EUROFARMA     | CX    | 17         | 244,500000 | 50            | 4,890000     | 4.156,50  |
| 572851 SOL FISIOLÓGICA 0,9% 100ML CX C/100 BOLSAS | EUROFARMA     | CX    | 9          | 424,800000 | 100           | 4,248000     | 3.823,20  |
| 572748 SOL GLICOFISIOLÓGICA 500ML CX C/30 BOLSAS  | HALEX/ISOFARM | CX    | 2          | 185,900000 | 30            | 6,196700     | 371,80    |

QTDE. ITENS: 4

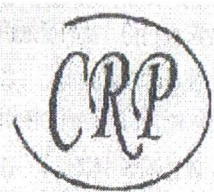
TOTAL DO PEDIDO: R\$ 11.053,81

PRAZO DE ENTREGA: 1 dias

VALIDADE DA PROPOSTA: 3 dias

OBSERVAÇÕES:

DANIELE CRISTINE DE ALMEIDA TELES



CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP  
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE  
RIBEIRAO PRETO - SP - 14.051-150 Fone: (16)3963-2829  
CNPJ: 02.736.951/0001-59 Insc.Estadual: 582475777112  
c.rpreto@terra.com.br -

Data 05/05/2025  
hora 09:50  
Orçamento  
N. 079570

Cliente 363 IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL  
Endereco RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753  
Cidade PONTAL  
CNPJ 55.110.753/0001-41  
Cond.Pgto 030/ / / /

Bairro CENTRO  
CEP 14180000  
Ins.Estadual ISENT0

| N.Item<br>Cliente | ID COD.FAB. | DESCRICAO                                     | UND | QTDE | UNITARIO | TOTAL    | ICMS % |
|-------------------|-------------|-----------------------------------------------|-----|------|----------|----------|--------|
|                   | 825 5102    | RINGER C/ LACTATO 500ML - PVC-BO C/20 JP      | UN  | 100  | 5,6300   | 563,00   | 12     |
|                   | 702 5045    | CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML BO-PVC - C/50 JP  | UN  | 900  | 3,5500   | 3.195,00 | 12     |
|                   | 809 5043    | CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML BO-PVC - C/35 JP  | UN  | 805  | 4,1700   | 3.356,85 | 12     |
|                   | 849 5042    | CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML BO-PVC - C/20 JP  | UN  | 700  | 4,9000   | 3.430,00 | 12     |
|                   | 811 5041    | CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML BO-PVC - C/10 JP | UN  | 390  | 7,6900   | 2.999,10 | 12     |
|                   | 1184 5032   | GLICOFISIOLOGICO 500ML BO-PVC - C/20 JP       | UN  | 40   | 5,2800   | 211,20   | 12     |
|                   | 510 5031    | GLICOFISIOLOGICO 1000ML BO-PVC - C/10 JP      | FR  | 60   | 7,6400   | 458,40   | 12     |

Desconto

Total Prod. R\$ 14.213,55 Total Geral R\$ 14.213,55

Vendedor 12 VANESSA  
Transportadora  
Observacao





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Banco Receptor:         | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| Pagador Final / Efetivo |                                |
| CPF/CNPJ:               | 55.110.753/0001-41             |
| Nome:                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 46459.368927 82179.030000 1 11040000252603 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco:       | ITAU UNIBANCO S.A.                                     |
| Código do Banco:                            | 341                                                    |
| Código do ISPB:                             | 60701190                                               |
| Beneficiário original / Cedente             |                                                        |
| Nome Fantasia:                              | HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA                          |
| Nome/Razão Social:                          | HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA                          |
| CPF/CNPJ:                                   | 11.872.656/0001-10                                     |
| Pagador Sacado                              |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Data do Vencimento:               | 06/06/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 05/06/2025 |
| Valor Nominal do Boleto:          | 2.526,03   |
| Juros (R\$):                      | 0,00       |
| IOF (R\$):                        | 0,00       |
| Multa (R\$):                      | 0,00       |
| Desconto (R\$):                   | 0,00       |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00       |
| Valor Calculado (R\$):            | 2.526,03   |
| Valor Pago (R\$):                 | 2.526,03   |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 05/06/2025 11:38:09 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 47778331900      |
| Chave de segurança: | C8MPN6KY006X29XQ |

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



LOGÍSTICA HOSPITALAR

## HDL LOGISTICA HOSPITALAR

R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 -  
Galp. 2961 / 2971  
Bairro JARDIM INDEPENDENCIA,  
CRAVINHOS, SP  
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

## DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 107.751

SÉRIE 1 FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3525 0511 8726 5600 0200 5500 1000 1077 5119 9445 6910

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

279054104117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135251196005717 06/05/2025 15:47:49

CNPJ

11.872.656/0002-00

NOME/RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

1883

CNPJ/CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

06/05/2025

ENDEREÇO

R ANANIAS COSTA FREITAS Nº 753

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14.180-000

MUNICÍPIO

PONTAL

FONE/FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

T06

31

| BCL=001 Venc=06/06/2025 Valor=2.526,03

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

2.526,03

VALOR DO ICMS

454,69

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.526,03

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

2.526,03

RAZÃO SOCIAL

HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.

FRETE POR CONTA

0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

11.872.656/0001-10

ENDEREÇO

Av INGLATERRA N. 40

MUNICÍPIO

UBERLANDIA

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0015881100069

QUANTIDADE

18,00

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PEDIDO

2648303

PESO BRUTO

134,7200 Kg

PESO LÍQUIDO

| 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 |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-----|------------|------------|------------|---------|----------|---------|---------|------------|------------|--------|----------|---------|
| 2304       | COLETOR PERFURO CORTANTE 13L C/20  <br>0160301   81187220001   DESCARPACK  <br>Lote: CF13AA0002 D.Fab: 05/03/25 D.<br>Val: 31/03/33   0.0000Referencia:<br>0160301                             | 48191000 | 000 | 5102 | UN  | 4          | 142,50670  | 0,00       | 0,00    | 570,03   | 570,03  | 102,61  | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |
| 2321       | GEL CONDUTOR P/ EXAMES ECG - AZUL FR<br>100G   002173/50010302   80005910001  <br>CARBOGEL   Lote: 250574 D.Fab:<br>01/04/25 D.Val: 30/04/27   0,0000<br>Referencia:002173/50010302            | 30067000 | 000 | 5102 | UN  | 30         | 2,50000    | 0,00       | 0,00    | 75,00    | 75,00   | 13,50   | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |
| 4593       | LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX PEQUENA<br>C/100 C/TALCO   203439 / 638561  <br>80495510096   MEDIX   Lote:<br>SRI367/24SS D.Fab: 01/10/24 D.Val:<br>30/10/29   0,0000Referencia:203439 /<br>638561 | 40151200 | 200 | 5102 | UN  | 10         | 22,50000   | 0,00       | 0,00    | 225,00   | 225,00  | 40,50   | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |
| 3930       | PAPEL LENCOL 70CMX50M 24GR BEMMED C/10<br>- 100% CELULOSE VIRGEM   01600  <br>ISENTO   FLEXPPELL   Lote: LL1733136C<br>D.Fab: 03/02/25 D.Val: 03/02/30  <br>0,0000Referencia:01600             | 48030090 | 000 | 5102 | UN  | 1          | 138,00000  | 0,00       | 0,00    | 138,00   | 138,00  | 24,84   | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OC: 6870 - TERMO DE CONVENIO N. 013/2022 T.A N. 10/2025 | ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

RESERVADO AO FISCO





LOGÍSTICA HOSPITALAR

## HDL LOGISTICA HOSPITALAR

R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 -  
Galp. 2961 / 2971  
Bairro JARDIM INDEPENDENCIA,  
CRAVINHOS, SP  
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

## DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº 107.751

SÉRIE 1 FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3525 0511 8726 5600 0200 5500 1000 1077 5119 9445 6910

Consulta de autenticidade no portal nacional da

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135251196005717 06/05/2025 15:47:49

INSCRIÇÃO ESTADUAL

279054104117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.872.656/0002-00

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                   | NCM/SH   | CST | CFOP | UN. | QUANTIDADE | V.UNITÁRIO | V.DESCONTO | % DESC. | V. TOTAL | BC ICMS  | V. ICMS | BC ICMS ST | V. ICMS ST | V. IPI | AL. ICMS | AL. IPI |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-----|------------|------------|------------|---------|----------|----------|---------|------------|------------|--------|----------|---------|
| 3930       | PAPEL LENCOL 70CMX50M 24GR BEMMED C/10<br>- 100% CELULOSE VIRGEM   01600  <br>ISENTO   FLEXPELL   Lote: LL1733161C<br>D.Fab: 20/03/25 D.Val: 20/03/30  <br>0,0000Referencia:01600 | 48030090 | 000 | 5102 | UN  | 11         | 138,00000  | 0,00       | 0,00    | 1.518,00 | 1.518,00 | 273,24  | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 18,00    | 0,00    |

RECEBIDO: ValériaDATA: 07 / 05 / 2025SETOR: Armazenado



LOGÍSTICA HOSPITALAR

**HDL LOGISTICA HOSPITALAR**

R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 -  
Galp. 2961 / 2971  
Bairro JARDIM INDEPENDENCIA,  
CRAVINHOS, SP  
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

**DANFE**

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 107.751

SÉRIE 1 FOLHA 3/2



CHAVE DE ACESSO

3525 0511 8726 5600 0200 5500 1000 1077 5119 9445 6910

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

279054104117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135251196005717 06/05/2025 15:47:49

CNFJ

11.872.656/0002-00

## Política de Devolução

É imprescindível a conferência da mercadoria no ato da entrega, pois caso aja alguma ocorrência ou irregularidade elas devem estar descritas no documento da transportadora.

-Verifique se o Número de Volumes corresponde ao número de volumes descrito na nota fiscal;

-Verifique se as Etiquetas de Despacho nos produtos correspondem à nota fiscal recebida;

-Verifique se a Embalagem Externa está intacta, inviolada, seca e sem qualquer tipo de dano aparente;

-Para Produto Termolábil(2 A 8°C) abra a caixa e verifique a temperatura.

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

## Motivo da Devolução

☐ FATURAMENTO INCORRETO (VENDEDOR);

☐ SOLICITAÇÃO INCORRETA (CLIENTE);

☐ MERCADORIA AVARIADA/VIOLADA;

☐ VALIDADE CURTA;

☐ ENTREGA FORA DO PRAZO NEGOCIADO;

☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

Data recebimento da mercadoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do recebedor: \_\_\_\_\_

RG do recebedor: \_\_\_\_\_





BANCO ITAU S/A

| 341-7 |

34191.09008 46459.368927 82179.030000 1 11040000252603

RECIBO DO PAGADOR

|                                                                                  |  |                     |         |                      |  |                    |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------|----------------------|--|--------------------|-----------------------------|
| Beneficiário                                                                     |  | CNPJ/CPF            |         | Sacador Avalista     |  | Vencimento:        |                             |
| HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.                                                   |  | 11.872.656/0002-00  |         |                      |  | 06/06/2025         |                             |
| Endereço Beneficiário/Sacador Avalista                                           |  |                     |         |                      |  |                    |                             |
| R MANOEL GOMES DOS SANTOS,2951 GalJARDIM INDEPENDENCIA CRAVINHOS - SP 14.140-000 |  |                     |         |                      |  |                    |                             |
| Nosso Número                                                                     |  | Carteira            | Espécie | Quantidade           |  | Valor              | Agência/Código Beneficiário |
| 109/00464593-6                                                                   |  | 109                 | DM      |                      |  |                    | 8928/21790-3                |
| Data do Documento                                                                |  | Número do Documento |         | Espécie do Documento |  | Aceite             | Data Processamento          |
| 06/05/2025                                                                       |  | 107751 - 1          |         |                      |  | N                  | 06/05/2025                  |
|                                                                                  |  |                     |         |                      |  | Valor do Documento |                             |
|                                                                                  |  |                     |         |                      |  | 2.526,03           |                             |

Autenticação Mecânica



BANCO ITAU S/A

| 341-7 |

34191.09008 46459.368927 82179.030000 1 11040000252603

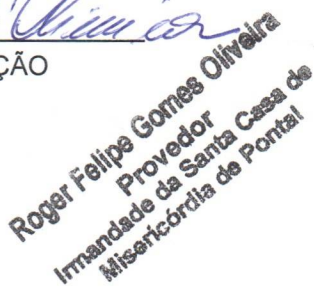
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                |                                |                                  |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 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>06/06/2025                   |
| 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>06/05/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Número do Documento<br>107751 - 1 | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N                    | Data Processamento<br>06/05/2025 | Nosso Número<br>109/00464593-6              |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Carteira<br>109                   | Espécie<br>R\$ | Quantidade                     | Valor                            | (=) Valor do Documento<br>2.526,03          |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 50,52<br>APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 5,05 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 06/05/2025 15:01           | No. Página<br>1    |
| Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL |                                    | No. Pedido<br>6870 |
| CNPJ: 55.110.753/0001-41                      |                                    |                    |
| FAX:                                          | Email: dpcompras@iscmpontal.com.br |                    |
| <b>Pedido de Compra</b>                       |                                    |                    |

|                                                    |                                                         |                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 273 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD SP) | Data Ped: 06/05/2025           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   | Cond.Pagto: 30 DIAS                                     | Dt Env. Forn:                  |
| Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO                  | Status do pedido: Não Entregou                          |                                |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Situação do Item                                        | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) |
| Centro de Custo                                    | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =                 | Vlr.Total                      |
| Observação do Pedido                               | TERMO DE CONVÊNIO N° 013/2022 - T.A N° 10/2025          |                                |
| 62492- 1 COLETOR PARA MATERIAL PERFUROCORTANTE 13L | Não Entregou                                            |                                |
| (3) ALMOXARIFADO 80,0000                           | 7,1253 0,0000 0,0000                                    | 570,0240                       |
| Complemento do item                                |                                                         |                                |
| 72023- 3 GEL P/ECG AZUL -FRASCO C/100G-MARCA       | Não Entregou                                            |                                |
| (3) ALMOXARIFADO 30,0000                           | 2,5000 0,0000 0,0000                                    | 75,0000                        |
| Complemento do item                                |                                                         |                                |
| 76612- 2 LUVA PROCEDIMENTO PEQUENA-CAIXA-MARCA     | Não Entregou                                            |                                |
| (3) ALMOXARIFADO 10,0000                           | 22,5000 0,0000 0,0000                                   | 225,0000                       |
| Complemento do item                                |                                                         |                                |
| 79871- 1 PAPEL LENCOL HOSPITALAR 70X50 24G 100%    | Não Entregou                                            |                                |
| (3) ALMOXARIFADO 120,0000                          | 13,8000 0,0000 0,0000                                   | 1.656,0000                     |
| Complemento do item                                |                                                         |                                |

|                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Totais:                                                                                                                                                    | Total Bruto dos itens:                                                                                | 2.526,0240                                                                            |
|                                                                                                                                                            | Total Descontos dos itens:                                                                            | 0,0000                                                                                |
|                                                                                                                                                            | Total IPI dos itens:                                                                                  | 0,0000                                                                                |
| Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido                                                                        |                                                                                                       |                                                                                       |
| 2.526,0240 0,0000 0,0000 0,0000                                                                                                                            |                                                                                                       | 2.526,0240                                                                            |
| <br>Lucimar de S. das Flores<br>Dep. de Compras<br>Santa Casa de Pontal | <br>ADMINISTRAÇÃO |  |





# HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050**CD SP**CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**Orçamento: **2646695**

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Bairro: CENTRO

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

|   | Descrição                                                                  | Marca      | Qtd. | Cx. C/ | Vlr. Unit. | Vlr. Cx. | Vlr. St. | Vlr. Total | CD | Cód. Anvisa |
|---|----------------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|------------|----------|----------|------------|----|-------------|
| 1 | 5522-LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX MEDIA C/100 C/TALCO - 203441               | MEDIX      | 2    | 100    | 0,2250     | 22,50    | 0,00     | 45,00      | SP | 80495510096 |
| 2 | 3930-PAPEL LENCOL 70CMX50M 24GR BEMMED C/10 - 100% CELULOSE VIRGEM - 01600 | FLEXPELL   | 15   | 10     | 13,8000    | 138,00   | 0,00     | 2070,00    | SP | ISENTO      |
| 3 | 2304-COLETOR PERFURO CORTANTE 13L C/20 - 0160301                           | DESCARPACK | 4    | 20     | 7,1253     | 142,51   | 0,00     | 570,03     | SP | 81187220001 |
| 4 | 4593-LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX PEQUENA C/100 C/TALCO - 203439 / 638561    | MEDIX      | 10   | 100    | 0,2250     | 22,50    | 0,00     | 225,00     | SP | 80495510096 |
| 5 | 956-ALCOOL 70% ETILICO HIDRATADO INPM 1L (FR TRANSP) - 00344               | PROLINK    | 96   | 1      | 6,5000     | 6,50     | 0,00     | 624,00     | SP | ISENTO      |
| 6 | 2321-GEL CONDUTOR P/ EXAMES ECG - AZUL FR 100G - 002173/50010302           | CARBOGEL   | 30   | 1      | 2,5000     | 2,50     | 0,00     | 75,00      | SP | 80005910001 |

06/05/2025

Observação: cot 1462

TOTAL: 3.609,03

Vendedor: JOAOH

Condição de pagamento: 28

Tel.: 34 32215300

Validade da proposta: 13/05/2025

Agradecemos a preferência !



dpcompras pontal &lt;dpcompraspontal@gmail.com&gt;

---

**PEDIDO 6870**

---

Joao Paulo Henrique Costa <joao.henrique@hdlhospitalar.com.br>  
Para: dpcompras pontal <dpcompraspontal@gmail.com>

6 de maio de 2025 às 14:57

Lucia boa tarde!!

Muito obrigado pelo pedido, um destes itens, Papel lençol, você pede 15 caixas, porem tenho a pronta entrega 12 caixas, como não temos previsão de recebimento, peço que cancele as 3 caixas que ficaram pendentes.

Att

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>João Paulo Henrique Costa<br/>Consultor de Vendas<br/>Tel.: (34) 3221-5300<br/>Cel.: (16) 99753-5382<br/>www.hdlhospitalar.com.br<br/>hdl_hospitalar</p> |  <p><b>LOGÍSTICA HOSPITALAR</b><br/><i>Ajudando a preservar e salvar vidas.</i></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

**De:** dpcompras pontal <dpcompraspontal@gmail.com>

**Enviado:** terça-feira, 6 de maio de 2025 14:46

**Para:** Joao Paulo Henrique Costa <joao.henrique@hdlhospitalar.com.br>

**Assunto:** PEDIDO 6870

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Aviso Legal:** Informamos que esta mensagem e seus eventuais anexos são confidenciais e/ou protegidas por lei. Se você não for o efetivo destinatário, pedimos, por favor, que imediatamente os devolva ao seu remetente e os delete de seu sistema, não utilizando e/ou divulgando para terceiros. Qualquer compartilhamento ou cópia é estritamente proibida.

**Legal Notice:** The information and attached documents contained in this message are confidential and protected from disclosure. If you have received by mistake, you are hereby notified to reply to the sender and eliminate it from your system. Any dissemination, distribution or copying is strictly prohibited. If the disclaimer can't be applied, take no action.





## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr. Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

www.futuramedicamentos.com.br

Cotação no.: 1.421.037 Tatui, 06/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716 Fax:

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL  
PONTAL SP

A/C FINANCEIRO  
E-Mail financeiro@iscmpontal.com.br  
Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO 14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No. Empenho :

No. Proc. :

No. Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

| PRODUTO                                                         | FABRICANTE | UNID. | QUANTIDADE | PREÇO R\$  | QUANT. POR CX | PREÇO. UNIT. | TOTAL R\$ |
|-----------------------------------------------------------------|------------|-------|------------|------------|---------------|--------------|-----------|
| 564285 LUVA LATEX C/TALCO N/EST M DE PROCEDIMENTO C/100 QUALITY | MEDIX      | CX    | 200        | 23,450000  | 100           | 0,234500     | 4.690,00  |
| 566412 COLETOR PERFUROCORT PAPELÃO 13L AMARELO C/20             | DESCARPACK | CX    | 4          | 142,350000 | 20            | 7,117500     | 569,40    |
| 51048 LUVA LATEX C/TALCO N/EST P DE PROCEDIMENTO C/100          | DESCARPACK | CX    | 10         | 25,500000  | 100           | 0,255000     | 255,00    |
| 569457 ALCOOL 70% LIQUIDO ANTISSEPTICO 1000ML C/12 FR           | VICPHARMA  | CX    | 8          | 99,600000  | 12            | 8,300000     | 796,80    |

QTDE. ITENS: 4

TOTAL DO PEDIDO: R\$ 6.311,20

PRAZO DE ENTREGA: 1 dias

VALIDADE DA PROPOSTA: 3 dias

OBSERVAÇÕES:

DANIELE CRISTINE DE ALMEIDA TELES



CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP  
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE  
RIBEIRAO PRETO - SP - 14.051-150 Fone: (16)3963-2829  
CNPJ: 02.736.951/0001-59 Insc.Estadual: 582475777112  
c.rpreto@terra.com.br -

Data 06/05/2025  
hora 08:24  
Orcamento  
N. 079597

Cliente 363 IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL  
Endereco RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753  
Cidade PONTAL  
CNPJ 55.110.753/0001-41  
Cond.Pgto 030/ / / /

Bairro CENTRO  
CEP 14180000  
Ins.Estadual ISENT0

| N. Item<br>Cliente | ID COD.FAB.   | DESCRICAO                                 | UND | QTDE | UNITARIO | TOTAL    | ICMS % |
|--------------------|---------------|-------------------------------------------|-----|------|----------|----------|--------|
|                    | 1185 000030   | LUVA PROCEDIMENTO LATEX TAM M C/100 MEDIX | CX  | 200  | 28,9200  | 5.784,00 | 18     |
|                    | 1016 000029   | LUVA PROCED. TAM P MEDIX                  | CX  | 10   | 28,9200  | 289,20   | 18     |
|                    | 2973 21200001 | ALCOOL 70% 1000ML C/12 CINORD             | UN  | 96   | 7,8700   | 755,52   | 18     |
|                    | 1677 200.348  | FLUXOMETRO DE AR MORIYA                   | UN  | 5    | 65,2600  | 326,30   | 18     |

Desconto

Total Prod. R\$ 7.155,02 Total Geral R\$ 7.155,02

Vendedor 12 VANESSA  
Transportadora  
Observacao cotacao n.1462



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

ENDEREÇO.: RUA TAMBÁU, 358 - BAIRRO.: VILA ELISA

CEP.: 14075010 - CIDADE.: RIBEIRÃO PRETO - UF.: SP

FONE.: 16 38774913

CNPJ.: 17.441.839/0001-68 - INSCRIÇÃO ESTADUAL: 582.946.900.111 - INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 20009873

**COTACÃO DE VENDA**

Nro. 28421

Cliente...: SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL

Aos Cuidados de..:

Validade Proposta..:

Prazo Entrega..:

Vendedor...: MIGUEL ROSA PARPINELLI

Pagamento...: BOL BANCARIO - IIIII

Entrega...: ENTREGA

VENDA

| Nro. | Código | Produto                                                               | Qtde     | Preço   | Total            |
|------|--------|-----------------------------------------------------------------------|----------|---------|------------------|
| 1    | DIX008 | LUVA PROCEDIMENTO MEDIA C/100 MEDIX                                   | 200      | 32,4000 | 6.480,00         |
| 2    | PM0002 | PAPEL LENCOL 70CMX50M 100% BRANCO CX C/10 PLUMAX                      | 150      | 19,7800 | 2.967,00         |
| 3    | DE0003 | COLETOR DE ARTIGOS PERFUROCORTE 13 LTS CX C/20 COD.0160301 DESCARPACK | 80       | 8,8500  | 708,00           |
| 4    | DIX007 | LUVA PROCEDIMENTO PEQUENA C/100 MEDIX                                 | 10       | 32,4000 | 324,00           |
| 5    | SL0003 | ALCOOL 70% 1000 ML SULMAR                                             | 96       | 6,5000  | 624,00           |
| 6    | VM0024 | FLUXOMETRO 0-15 LPM FEMEA P/ OXIGENIO COD. 4042 PROTEC                | 5        | 74,8300 | 374,15           |
| 7    | VM0023 | FLUXOMETRO 0-15 LPM FEMEA P/ AR COMPRIMIDO COD. 4041 PROTEC           | 5        | 73,7000 | 368,50           |
|      |        |                                                                       | Total..: |         | <b>11.845,65</b> |

Obs...: FATURAMENTO MINIMO FRETE CIF 1000,00



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Banco Recebedor:        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| Pagador Final / Efetivo |                                |
| CPF/CNPJ:               | 55.110.753/0001-41             |
| Nome:                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.00009 01711.536001 01460.246174 4 11040000053935 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco:       | BANCO DO BRASIL S/A                                    |
| Código do Banco:                            | 1                                                      |
| Beneficiário original / Cedente             |                                                        |
| Nome Fantasia:                              | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA                   |
| Nome/Razão Social:                          | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA                   |
| CPF/CNPJ:                                   | 67.729.178/0004-91                                     |
| Pagador Sacado                              |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL                      |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Data do Vencimento:               | 06/06/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 05/06/2025 |
| Valor Nominal do Boleto:          | 539,35     |
| Juros (R\$):                      | 0,00       |
| IOF (R\$):                        | 0,00       |
| Multa (R\$):                      | 0,00       |
| Desconto (R\$):                   | 0,00       |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00       |
| Valor Calculado (R\$):            | 539,35     |
| Valor Pago (R\$):                 | 539,35     |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 05/06/2025 11:38:41 |
| Código da operação:    | 47778477747         |
| Chave de segurança:    | KNNJ758YU3J0GHX7    |

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

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
PCEMILIO MARCONATO 1000 GALPAO 22 e 27 - JARDIM PRIMAVERA - JAGUARIUNA - SP  
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 2002753 FL 1 / 1  
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3525 0567 7291 7800 0491 5500 1002 0027 5313 1452 8124

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

135251197527567 06/05/2025 17:53:37

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL

ENDEREÇO

RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753

MUNICÍPIO

PONTAL

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CNPJ / CPF

55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO

06/05/2025

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

06/05/2025

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

2002753/1

06/06/2025

539,35

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

539,35

VALOR DO ICMS

97,08

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

539,35

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

VALOR DO DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

539,35

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2260

QUANTIDADE

1,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

SAO JOSE DO RIO PRETO

NUMERO

0,07088

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

15.066.184/0001-60

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

PESO LÍQUIDO

15,900

15,900

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO                                                                   | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQUOTAS ICMS | ALIQUOTAS IPI |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| 028257 | SACO P/HAMPER AMARELO (RAVA EMBALAGENS) L: 020<br>22520 Q: 500,0000 F: 28/02/25 V: 28/02/2030 | 39232190 | 000 | 5102 | UN | 500,00 | 1,0787         | 539,35      | 539,35       | 97,08      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

550516029

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 6873 TERMO DE CONVENIO N 013 2022 T A N 10 2025Bem/Mercadoria do Cod./Produto 028257 fabricado em escala industrial nao relevante pelo contribuinte RAVA EMBALAGENS INDUSTRIA E COMERCIO LTDA, CNPJ 41150160000102. DATA ENTREGA: 07/05/2025 Pedido: 3150857 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 3150857 \*\*\* O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 06/05/2025 TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Codigo Interno Emitente: 2839 Nome Fantasia: IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL)

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO:  
DATA 06/05/25  
Farmácia  
Santa Casa de Pontal

## | 001-9 | RECIBO DO SACADO

|                                   |                           |                   |            |
|-----------------------------------|---------------------------|-------------------|------------|
| VENCIMENTO                        | AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE  | ESPÉCIE           | QUANTIDADE |
| 06/06/2025                        | 5119-5 / 306406-9         | R\$               |            |
| (=) VALOR DO DOCUMENTO            | (-) DESCONTO / ABATIMENTO | (+) JUROS / MULTA |            |
| 539,35                            |                           |                   |            |
| (=) VALOR COBRADO                 | NOSSO NÚMERO              | Nº DO DOCUMENTO   |            |
|                                   | 17115360001460246         | 2002753/01        |            |
| SACADO                            |                           |                   |            |
| IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL |                           |                   |            |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## | 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

|                                   |                          |                 |            |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|------------|
| VENCIMENTO                        | AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE | ESPÉCIE         | QUANTIDADE |
| 06/06/2025                        | 5119-5 / 306406-9        | R\$             |            |
| (=) VALOR DO DOCUMENTO            | NOSSO NÚMERO             |                 |            |
| 539,35                            | 17115360001460246        |                 |            |
| SACADO                            |                          |                 |            |
| IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL |                          |                 |            |
| ASSINATURA DO RECEBEDOR           |                          | DATA DE ENTREGA |            |

CORTE NA LINHA PONTILHADA

## | 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01460.246174 4 11040000053935

|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    |                           |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| LOCAL DE PAGAMENTO                                                  |                     |                      |            |                       |                    | VENCIMENTO                |
| QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO                                     |                     |                      |            |                       |                    | 06/06/2025                |
| CEDENTE                                                             |                     |                      |            |                       |                    | AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE  |
| COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91 |                     |                      |            |                       |                    | 5119-5 / 306406-9         |
| DATA DO DOCUMENTO                                                   | NÚMERO DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DO DOCUMENTO | ACEITE     | DATA DO PROCESSAMENTO | NOSSO NÚMERO       |                           |
| 06/05/2025                                                          | 2002753/01          | DM                   | N          | 06/05/2025            | 17115360001460246  |                           |
| USO DO BANCO                                                        | CARTEIRA            | ESPÉCIE              | QUANTIDADE | VALOR                 | VALOR DO DOCUMENTO |                           |
|                                                                     | 17-019              | R\$                  |            |                       | 539,35             |                           |
| INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)                   |                     |                      |            |                       |                    | (-) DESCONTO / ABATIMENTO |
| MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 07/06/2025                                |                     |                      |            |                       |                    | (-) OUTRAS DEDUÇÕES       |
| JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R\$ 10,78)                            |                     |                      |            |                       |                    | (+) JUROS / MULTA         |
| *** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO           |                     |                      |            |                       |                    | (+) OUTROS ACRÉSCIMOS     |
|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    | (=) VALOR COBRADO         |
| SACADO                                                              |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL - CNPJ 55.110.753/0001-41         |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753                                       |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| PONTAL - SP - CEP: 14180-000                                        |                     |                      |            |                       |                    |                           |
|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    | CÓDIGO DE BAIXA 1ª VIA    |

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO



## | 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01460.246174 4 11040000053935

|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    |                           |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| LOCAL DE PAGAMENTO                                                  |                     |                      |            |                       |                    | VENCIMENTO                |
| QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO                                     |                     |                      |            |                       |                    | 06/06/2025                |
| CEDENTE                                                             |                     |                      |            |                       |                    | AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE  |
| COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91 |                     |                      |            |                       |                    | 5119-5 / 306406-9         |
| DATA DO DOCUMENTO                                                   | NÚMERO DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DO DOCUMENTO | ACEITE     | DATA DO PROCESSAMENTO | NOSSO NÚMERO       |                           |
| 06/05/2025                                                          | 2002753/01          | DM                   | N          | 06/05/2025            | 17115360001460246  |                           |
| USO DO BANCO                                                        | CARTEIRA            | ESPÉCIE              | QUANTIDADE | VALOR                 | VALOR DO DOCUMENTO |                           |
|                                                                     | 17-019              | R\$                  |            |                       | 539,35             |                           |
| INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)                   |                     |                      |            |                       |                    | (-) DESCONTO / ABATIMENTO |
| MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 07/06/2025                                |                     |                      |            |                       |                    | (-) OUTRAS DEDUÇÕES       |
| JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R\$ 10,78)                            |                     |                      |            |                       |                    | (+) JUROS / MULTA         |
| *** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO           |                     |                      |            |                       |                    | (+) OUTROS ACRÉSCIMOS     |
|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    | (=) VALOR COBRADO         |
| SACADO                                                              |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL - CNPJ 55.110.753/0001-41         |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753                                       |                     |                      |            |                       |                    |                           |
| PONTAL - SP - CEP: 14180-000                                        |                     |                      |            |                       |                    |                           |
|                                                                     |                     |                      |            |                       |                    | CÓDIGO DE BAIXA 2ª VIA    |

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO



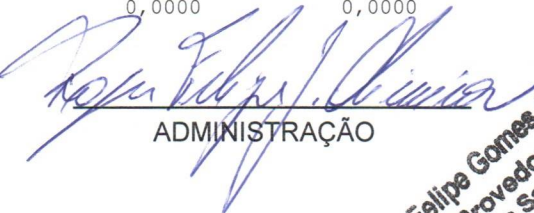


|                                               |                                    |                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| SIH-R<HCOMP0004>                              | Emissão 06/05/2025 14:52           | No. Página<br>1    |
| Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL |                                    | No. Pedido<br>6873 |
| CNPJ: 55.110.753/0001-41                      |                                    |                    |
| FAX:                                          | Email: dpcompras@iscmpontal.com.br |                    |
| <b>Pedido de Compra</b>                       |                                    |                    |

|                                                    |                                                      |                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 4 - COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA | Data Ped: 06/05/2025           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   | Cond.Pagto: 30 DIAS                                  | Dt Env. Forn:                  |
| Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO                  | Status do pedido: Não Entregou                       |                                |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Situação do Item                                     | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) |
| Centro de Custo                                    | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =              | Vlr.Total                      |
| Observação do Pedido                               | TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025       |                                |
| 4173- 2 SACO P/HAMPER COLORIDO-PACOTE C/50-        | Não Entregou                                         |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 10,0000 53,9350 0,0000 0,0000                        | 539,3500                       |
| Complemento do item                                |                                                      |                                |

|                                                                                     |                            |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| Totais:                                                                             | Total Bruto dos itens:     | 539,3500               |
|                                                                                     | Total Descontos dos itens: | 0,0000                 |
|                                                                                     | Total IPI dos itens:       | 0,0000                 |
| Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido |                            |                        |
| 539,3500                                                                            | 0,0000                     | 0,0000 0,0000 539,3500 |

  
Lucimar COMPAS Flores  
Dep. de Compras  
Santa Casa de Pontal

  
ADMINISTRAÇÃO  
**Roger Felipe Gomes Oliveira**  
Provedor  
Irmãdade da Santa Casa de  
Misericórdia de Pontal





## Política de Devolução

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

### No ato da entrega:

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

### No caso de irregularidades/não conformidades:

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

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

#### **Cientes Canal Privado:**

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

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

Estados do Sul – (43) 3032-1050

Demais Estados – (31) 3439-4300

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

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

- Paraná: Art. 319 e 445, RICMS-PR.

- Pernambuco: Cap. VII, RICMS-PE.

- São Paulo: Art. 453, RICMS-SP.

#### **RIOCLARENSE**

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

##### **RIOCLARENSE**

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

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

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

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

Rodovia Empresário João Santos Filho, 689, Galpão C5 - Muribeca - Fone (19) 3522-5800 - vendas@rioclarense.com.br  
CEP: 54.355-030 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CNPJ 67.729.178/0006-53 - INSCR. EST Nº 0867.098-80 E INSCR. MUNICIPAL: 997.913-1



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

ENDEREÇO.: RUA TAMBAU, 358 - BAIRRO.: VILA ELISA

CEP.: 14075010 - CIDADE.: RIBEIRAO PRETO - UF.: SP

FONE.: 16 38774913

CNPJ.: 17.441.839/0001-68 - INSCRIÇÃO ESTADUAL.: 582.946.900.111 - INSCRIÇÃO MUNICIPAL.: 20009873

**COTACÃO DE VENDA**

Nro. 28423

Cliente...: SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL

Aos Cuidados de..:

Validade Proposta..:

Prazo Entrega..:

Vendedor...: MIGUEL ROSA PARPINELLI

Pagamento...: BOL BANCARIO - |||||

Entrega...: ENTREGA

VENDA

| Nro. | Código | Produto                                                   | Qtde | Preço    | Total  |
|------|--------|-----------------------------------------------------------|------|----------|--------|
| 1    | DP0040 | SACO PLASTICO P/ HAMPER AZUL 120LTS COD. CAA020 C/50 RAVA | 10   | 88,5900  | 885,90 |
|      |        |                                                           |      | Total..: | 885,90 |

Obs.: FATURAMENTO MINIMO FRETE CIF 1000,00



**MAFFER DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA E DESC**

AV. PROFESSORA DINA RIZZI, 2278 - PQ. RESIDENCIAL PORTINARI, CEP: 14093550  
RIBEIRAO PRETO - SP Fones: 3236.3239 e 3236.3226  
CNPJ: 33484717000105

**Orçamento do Pedido**

Cód.: 35207

NF.:

**Cliente :** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**CPF/CNPJ :** 55.110.753/0001-41**RG/IE :** ISENTA**Endereço :** RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 HOSPITAL**Bairro :** CENTRO**CEP :** 14180-000**Fone :** (16) 3953-1716**Fone :** (16) 3953-9100**Cidade :** PONTAL**UF :** SP**Transportadora :** MAFFER DISTRIBUIDORA**Data do Pedido :** 06/05/2025**Data Fat.:****Emit./Vendedor :** 60 MIRELA DE CAMPOS LEPEF60 MIRELA DE CAMPOS LEPER**Obs.:** VALIDADE DE PROPOSTA | 10 DIAS

PRAZO DE ENTREGA, APÓS O FATURAMENTO EM RIB. PRETO - 72 HORAS

PRAZO DE ENTREGA, APÓS O FATURAMENTO REGIÃO - À COMBINAR

FATURAMENTO MÍNIMO P/ RIBEIRÃO PRETO R\$350,00

| Código | Descrição                      | Cor  | Tam. | Qtde | Vlr.Unit. | Desc.(R\$) | Vlr.Total |
|--------|--------------------------------|------|------|------|-----------|------------|-----------|
| S.032  | S. DE L. 100L HAMPER C/50 UNI. | AZUL | PCT  | 10   | 123,80    | 0,00       | 1.238,00  |

**Total Bruto :** R\$ 1.238,00**Qtde Itens :** 10,00**Valor do Frete :** R\$ 0,00**Peso Bruto :** 0,00**Desc.(%) :** 0,00**Desc.(R\$) :** 0,00**Peso Líq.:** 0,00**Crédito (R\$) :****Total IPI :** R\$ 0,00**Total Líquido :** R\$ 1.238,00**Total Parcelado :** R\$ 0,00

Representante

Comprador



Empresa: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

Cidade: JAGUARIUNA Estado: SP

End: PC EMILIO MARCONATO, 1000, GALPAO 22 e 27

Fone: (19) 35225-800

Cep: 13.916-074

Cnpj: 67.729.178/0004-91

Orçamento: A1WJ2/1

Terça-feira, 6 de Maio de 2025 - 11:28:37

## Dados do Cliente:

Empresa:

Cidade: - Estado:

Fax:

End:

Fone:

Cnpj:

Cep:

Conforme vossa solicitação, temos a satisfação de oferecer nosso(s) preço(s) da(s) mercadoria(s) abaixo relacionada(s)

| Seq.<br>Cli.        | Cód.<br>Item | Descrição                                                 | Marca              | UN | Emb    | Qtd | Pr.Unit                    | Pr.Emb         | Pr.Total      |
|---------------------|--------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|----|--------|-----|----------------------------|----------------|---------------|
| 1                   | 028256       | SACO P/HAMPER AZUL 120L 90CMX100CM<br>C/FITA PCT C/50UN   | RAVA<br>EMBALAGENS | PA | Caixas | 10  | R\$<br>1,1344              | R\$<br>56,7200 | R\$<br>567,20 |
| Principio<br>Ativo: |              | SACO P/HAMPER AZUL                                        |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>00000000000000 |                |               |
| 2                   | 028257       | SACO P/HAMPER AMARELO120L<br>90CMX100CM C/FITA PCT C/50UN | RAVA<br>EMBALAGENS | PA | Caixas | 10  | R\$<br>1,0787              | R\$<br>53,9350 | R\$<br>539,35 |
| Principio<br>Ativo: |              | SACO P/HAMPER AMARELO                                     |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>00000000000000 |                |               |

Total Orçamento : R\$ 1.106,55

Condição de Pagamento: 28 DIAS

Previsão de Entrega: 07/05/2025

Validade da Proposta: 09/05/2025

Observações:

Estamos no Aguardo de uma Resposta Afirmativa, e colocamo-nos a seu inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,



**2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Banco Recebedor:</b>        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| <b>Pagador Final / Efetivo</b> |                                |
| <b>CPF/CNPJ:</b>               | 55.110.753/0001-41             |
| <b>Nome:</b>                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| <b>Conta de débito:</b>        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 00190.00009 02843.923000 00045.671179 5 11040000032630 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | BANCO DO BRASIL S/A                                    |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 1                                                      |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |                                                        |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | <b>CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA ME</b>                |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA ME</b>                |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>02.736.951/0001-59</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |                                                        |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| <b>Pagador Final - Correntista</b>                 |                                                        |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 06/06/2025 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 05/06/2025 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 326,30     |
| <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>            | 326,30     |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 326,30     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 05/06/2025 11:38:25 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 47778450403      |
| <b>Chave de segurança:</b> | KQS0CZNRTT5C2AMN |

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





BANCO DO BRASIL

001-9

Comprovante de Entrega

Beneficiário

CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59

Agencia /Codigo Beneficiário

6504-8/1062-6

Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)

[ ] Mudou-se

[ ] Ausente

[ ] Não existe nº. indicado

[ ] Recusado

[ ] Não procurado

[ ] Endereço insuficiente

[ ] Desconhecido

[ ] Falecido

[ ] Outros (anotar no verso)

Pagador

IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL - 363

Nosso Número

28439230000045671

Vencimento

06/06/2025

Número do Documento

071765/1

Espécie

R\$

Valor do Documento

326,30

Recebemos o Título

Data

Assinatura

Data

Assinatura

com as características acima

Local de Pagamento

PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO

Data do Processamento

06/05/2025

BANCO DO BRASIL

001-9

Recibo do Pagador

Local de Pagamento

PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento

06/06/2025

Beneficiário

CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP,, / Fone:

Agência / Código Beneficiário

6504-8/1062-6

Data do Documento

06/05/2025

Numero do Documento

071765/1

Especie Doc.

DM

Aceite

N

Data do Processamento

06/05/2025

Nosso Número

28439230000045671

Jso do Banco

Carteira

17/035

Especie

R\$

Quantidade

Valor

( = ) Valor do Documento

326,30

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)

Protestar em 5 dias corridos após o vencimento

Cobrar juros de R\$ 0,65 por dia de atraso

( - ) Desconto / Abatimento

( - ) Outras Deducoes

( + ) Mora / Multa / Juros

( + ) Outros Acrescimos

( = ) Valor Cobrado

Pagador:

IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL - 363

RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753 - CENTRO, PONTAL / SP - 14180000

CPF / CNPJ

55.110.753/0001-41

Beneficiário

Final:

Código de Baixa

Recebimento através do cheque número

do banco.

Esta quitação só terá validade após o

pagamento do cheque pelo banco sacado.

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02843.923000 00045.671179 5 11040000032630

Local de Pagamento

PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento

06/06/2025

Beneficiário

CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP,, / Fone:

Agência / Código Beneficiário

6504-8/1062-6

Data do Documento

06/05/2025

Numero do Documento

071765/1

Especie Doc.

DM

Aceite

N

Data do Processamento

06/05/2025

Nosso Número

28439230000045671

Jso do Banco

Carteira

17/035

Espécie Moeda

R\$

Quantidade

Valor

( = ) Valor do Documento

326,30

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)

Protestar em 5 dias corridos após o vencimento

Cobrar juros de R\$ 0,65 por dia de atraso

( - ) Desconto / Abatimento

( - ) Outras Deducoes

( + ) Mora / Multa / Juros

( + ) Outros Acrescimos

( = ) Valor Cobrado

Pagador

IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL - 363

RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753 - CENTRO, PONTAL / SP - 14180000

CPF / CNPJ

55.110.753/0001-41

Beneficiário

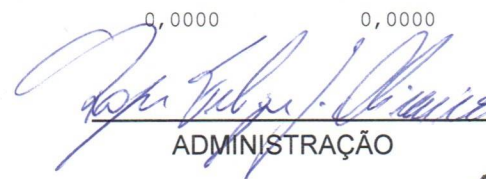
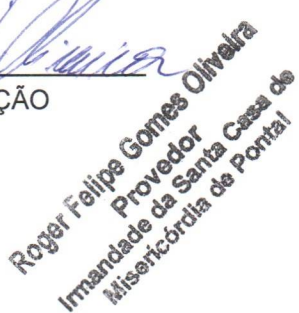
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

|                                               |                                    |                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| SIH-R<HCMP0004>                               | Emissão 06/05/2025 14:33           | No. Página<br>1    |
| Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL |                                    | No. Pedido<br>6872 |
| CNPJ: 55.110.753/0001-41                      |                                    |                    |
| FAX:                                          | Email: dpcompras@iscmpontal.com.br |                    |
| <b>Pedido de Compra</b>                       |                                    |                    |

|                                                    |                                                |                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 2 - CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA  | Data Ped: 06/05/2025           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   | Cond.Pagto: 30 DIAS                            | Dt Env. Forn:                  |
| Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO                  | Status do pedido: Não Entregou                 |                                |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Situação do Item                               | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) |
| Centro de Custo                                    | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =        | Vlr.Total                      |
| Observação do Pedido                               | TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025 |                                |
| 127841- 1 FLUXOMETRO P/AR COMPRIMIDO-UNIDADE-MARCA | Não Entregou                                   |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 5,0000 65,2600 0,0000 0,0000                   | 326,3000                       |
| Complemento do item                                |                                                |                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| Totais:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Total Bruto dos itens:     | 326,3000               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Total Descontos dos itens: | 0,0000                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Total IPI dos itens:       | 0,0000                 |
| Total dos Itens + Encargo Pedido - Desconto Pedido + Frete Pedido = Total do Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                        |
| 326,3000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0,0000                     | 0,0000 0,0000 326,3000 |
| <div><div><br/>Lucimar de S. das Flores<br/>Dep. de Compras<br/>Santa Casa de Pontal</div><div><br/>ADMINISTRAÇÃO</div><div></div></div> |                            |                        |





CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP  
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE  
RIBEIRAO PRETO - SP - 14.051-150 Fone: (16)3963-2829  
CNPJ: 02.736.951/0001-59 Insc.Estadual: 582475777112  
c.rpreto@terra.com.br -

Data 06/05/2025  
hora 08:24  
  
Orçamento  
N. 079597

Cliente 363 IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL  
Endereco RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753  
Cidade PONTAL  
CNPJ 55.110.753/0001-41  
Cond.Pgto 030/ / / /

Bairro CENTRO  
CEP 14180000  
Ins.Estadual ISENT0

| N.Item<br>Cliente | ID COD.FAB.   | DESCRICAO                                 | UND | QTDE | UNITARIO | TOTAL    | ICMS % |
|-------------------|---------------|-------------------------------------------|-----|------|----------|----------|--------|
|                   | 1185 000030   | LUVA PROCEDIMENTO LATEX TAM M C/100 MEDIX | CX  | 200  | 28,9200  | 5.784,00 | 18     |
|                   | 1016 000029   | LUVA PROCED. TAM P MEDIX                  | CX  | 10   | 28,9200  | 289,20   | 18     |
|                   | 2973 21200001 | ALCOOL 70% 1000ML C/12 CINORD             | UN  | 96   | 7,8700   | 755,52   | 18     |
|                   | 1677 200.348  | FLUXOMETRO DE AR MORIYA                   | UN  | 5    | 65,2600  | 326,30   | 18     |

Desconto

Total Prod. R\$ 7.155,02 Total Geral R\$ 7.155,02

Vendedor 12 VANESSA  
Transportadora  
Observacao cotacao n.1462



## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

www.futuramedicamentos.com.br

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

Cotação no.: 1.421.037 Tatuí, 06/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716 Fax:

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail financeiro@iscmpontal.com.br

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

| PRODUTO                                                         | FABRICANTE | UNID. | QUANTIDADE | PREÇO R\$  | QUANT.POR CX | PREÇO.UNIT. | TOTAL R\$ |
|-----------------------------------------------------------------|------------|-------|------------|------------|--------------|-------------|-----------|
| 564285 LUVA LATEX C/TALCO N/EST M DE PROCEDIMENTO C/100 QUALITY | MEDIX      | CX    | 200        | 23,450000  | 100          | 0,234500    | 4.690,00  |
| 566412 COLETOR PERFUCORT PAPELÃO 13L AMARELO C/20               | DESCARPACK | CX    | 4          | 142,350000 | 20           | 7,117500    | 569,40    |
| 51048 LUVA LATEX C/TALCO N/EST P DE PROCEDIMENTO C/100          | DESCARPACK | CX    | 10         | 25,500000  | 100          | 0,255000    | 255,00    |
| 569457 ALCOOL 70% LIQUIDO ANTISSEPTICO 1000ML C/12 FR           | VICPHARMA  | CX    | 8          | 99,600000  | 12           | 8,300000    | 796,80    |

QTDE. ITENS: 4

TOTAL DO PEDIDO: R\$ 6.311,20

PRAZO DE ENTREGA: 1 dias

VALIDADE DA PROPOSTA: 3 dias

OBSERVAÇÕES:

DANIELE CRISTINE DE ALMEIDA TELES



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

ENDEREÇO.: RUA TAMBAU, 358 - BAIRRO.: VILA ELISA  
 CEP.: 14075010 - CIDADE.: RIBEIRAO PRETO - UF.: SP  
 FONE.: 16 38774913  
 CNPJ.: 17.441.839/0001-68 - INSCRIÇÃO ESTADUAL.: 582.946.900.111 - INSCRIÇÃO MUNICIPAL.: 20009873

**COTACÃO DE VENDA**

Nro. 28421

Cliente...: SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL

Aos Cuidados de...:

Validade Proposta...:

Prazo Entrega...:

Vendedor...: MIGUEL ROSA PARPINELLI

Pagamento...: BOL BANCARIO - |||||

Entrega...: ENTREGA

VENDA

| Nro.      | Código | Produto                                                                  | Qtde | Preço   | Total            |
|-----------|--------|--------------------------------------------------------------------------|------|---------|------------------|
| 1         | DIX008 | LUVA PROCEDIMENTO MEDIA C/100 MEDIX                                      | 200  | 32,4000 | 6.480,00         |
| 2         | PM0002 | PAPEL LENCOL 70CMX50M 100% BRANCO CX C/10 PLUMAX                         | 150  | 19,7800 | 2.967,00         |
| 3         | DE0003 | COLETOR DE ARTIGOS PERFUROCORTANTE 13 LTS CX C/20 COD.0160301 DESCARPACK | 80   | 8,8500  | 708,00           |
| 4         | DIX007 | LUVA PROCEDIMENTO PEQUENA C/100 MEDIX                                    | 10   | 32,4000 | 324,00           |
| 5         | SL0003 | ALCOOL 70% 1000 ML SULMAR                                                | 96   | 6,5000  | 624,00           |
| 6         | VM0024 | FLUXOMETRO 0-15 LPM FEMEA P/ OXIGENIO COD. 4042 PROTEC                   | 5    | 74,8300 | 374,15           |
| 7         | VM0023 | FLUXOMETRO 0-15 LPM FEMEA P/ AR COMPRIMIDO COD. 4041 PROTEC              | 5    | 73,7000 | 368,50           |
| Total...: |        |                                                                          |      |         | <b>11.845,65</b> |

Obs...: FATURAMENTO MINIMO FRETE CIF 1000,00



# HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

CD MG

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

CD SP

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

|                    |                                                                            |  |                                 |      |                |           |         |         |               |    |             |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|------|----------------|-----------|---------|---------|---------------|----|-------------|
| Orçamento: 2646695 |                                                                            |  | Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS |      |                |           | Nº: 753 |         | Cmpl:         |    |             |
| Contato:           |                                                                            |  | Bairro: CENTRO                  |      | Cidade: PONTAL |           |         |         | CEP: 14180000 |    |             |
|                    | Descrição                                                                  |  | Marca                           | Qtd. | Cx. C/         | Vlr.Únit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total     | CD | Cód.Anvisa  |
| 1                  | 5522-LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX MEDIA C/100 C/TALCO - 203441               |  | MEDIX                           | 2    | 100            | 0,2250    | 22,50   | 0,00    | 45,00         | SP | 80495510096 |
| 2                  | 3930-PAPEL LENCOL 70CMX50M 24GR BEMMED C/10 - 100% CELULOSE VIRGEM - 01600 |  | FLEXPELL                        | 15   | 10             | 13,8000   | 138,00  | 0,00    | 2070,00       | SP | ISENTO      |
| 3                  | 2304-COLETOR PERFURO CORTANTE 13L C/20 - 0160301                           |  | DESCARPACK                      | 4    | 20             | 7,1253    | 142,51  | 0,00    | 570,03        | SP | 81187220001 |
| 4                  | 4593-LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX PEQUENA C/100 C/TALCO - 203439 / 638561    |  | MEDIX                           | 10   | 100            | 0,2250    | 22,50   | 0,00    | 225,00        | SP | 80495510096 |
| 5                  | 956-ALCOOL 70% ETILICO HIDRATADO INPM 1L (FR TRANSP) - 00344               |  | PROLINK                         | 96   | 1              | 6,5000    | 6,50    | 0,00    | 624,00        | SP | ISENTO      |
| 6                  | 2321-GEL CONDUTOR P/ EXAMES ECG - AZUL FR 100G - 002173/50010302           |  | CARBOGEL                        | 30   | 1              | 2,5000    | 2,50    | 0,00    | 75,00         | SP | 80005910001 |

06/05/2025

Observação: cot 1462

TOTAL: 3.609,03

Vendedor: JOAOH

Condição de pagamento: 28

Tel.: 34 32215300

Validade da proposta: 13/05/2025

Agradecemos a preferência !





dpcompras pontal &lt;dpcompraspontal@gmail.com&gt;

---

**PEDIDO 6870**

---

Joao Paulo Henrique Costa <joao.henrique@hdlhospitalar.com.br>  
Para: dpcompras pontal <dpcompraspontal@gmail.com>

6 de maio de 2025 às 14:57

Lucia boa tarde!!

Muito obrigado pelo pedido, um destes itens, Papel lençol, você pede 15 caixas, porem tenho a pronta entrega 12 caixas, como não temos previsão de recebimento, peço que cancele as 3 caixas que ficaram pendentes.

Att

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>João Paulo Henrique Costa<br/>Consultor de Vendas<br/>Tel.: (34) 3221-5300<br/>Cel.: (16) 99753-5382<br/>www.hdlhospitalar.com.br<br/>hdl_hospitalar</p> |  <p><b>LOGÍSTICA HOSPITALAR</b><br/>Ajudando a preservar e salvar vidas.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

**De:** dpcompras pontal <dpcompraspontal@gmail.com>

**Enviado:** terça-feira, 6 de maio de 2025 14:46

**Para:** Joao Paulo Henrique Costa <joao.henrique@hdlhospitalar.com.br>

**Assunto:** PEDIDO 6870

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Aviso Legal:** Informamos que esta mensagem e seus eventuais anexos são confidenciais e/ou protegidas por lei. Se você não for o efetivo destinatário, pedimos, por favor, que imediatamente os devolva ao seu remetente e os delete de seu sistema, não utilizando e/ou divulgando para terceiros. Qualquer compartilhamento ou cópia é estritamente proibida.

**Legal Notice:** The information and attached documents contained in this message are confidential and protected from disclosure. If you have received by mistake, you are hereby notified to reply to the sender and eliminate it from your system. Any dissemination, distribution or copying is strictly prohibited. If the disclaimer can't be applied, take no action.

**2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Banco Recebedor:</b>        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| <b>Pagador Final / Efetivo</b> |                                |
| <b>CPF/CNPJ:</b>               | 55.110.753/0001-41             |
| <b>Nome:</b>                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| <b>Conta de débito:</b>        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 75691.32140 01403.894007 01615.470018 1 11050000107298 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.                       |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 756                                                    |
| <b>Código do ISPB:</b>                             | 02038232                                               |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |                                                        |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | <b>BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b> |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | <b>BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b> |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | <b>17.441.839/0001-68</b>                              |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |                                                        |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL                      |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| <b>Pagador Final - Correntista</b>                 |                                                        |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 07/06/2025 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 05/06/2025 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 1.072,98   |
| <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>            | 1.072,98   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 1.072,98   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 05/06/2025 11:37:50 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 47778309416      |
| <b>Chave de segurança:</b> | 1M3KPVQJLR7JWQ1F |

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







|                                                        |  |                              |                     |
|--------------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------|
| Beneficiário                                           |  | Vencimento                   | Valor do Documento  |
| BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA        |  | 07/06/2025                   | 1.072,98            |
| TAMBAÚ 358                                             |  | (+) Outros acréscimos        | (+) Mora / Multa    |
| VILA ELISA                                             |  | (-) Desconto / Abatimento    | (-) Outras deduções |
| RIBEIRÃO PRETO - SP                                    |  |                              |                     |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) |  | Data de Emissão              | (=) Valor cobrado   |
| A partir 08/06/2025 Juros 0,03%/dia                    |  | 08/05/2025                   |                     |
| A partir 08/06/2025 multa de 2,00%                     |  | Coop Contr/Cód. Beneficiário |                     |
| Não conceder desconto.                                 |  | 3214/4038940                 |                     |
| Protesto no 3º dia útil após Venc.                     |  | Nosso Número                 | 16154-7             |

## Dados do Pagador

|                                                             |  |                                     |                         |
|-------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------|
| Nome do pagador<br><b>SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL</b> |  | Número do Documento<br><b>23784</b> |                         |
| Endereço<br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753</b>            |  |                                     |                         |
| Bairro / Distrito<br><b>VILA BARBACENA</b>                  |  |                                     |                         |
| Município<br><b>PONTAL</b>                                  |  | UF<br><b>SP</b>                     | CEP<br><b>14180-000</b> |
| Mensagem Pagador                                            |  |                                     |                         |

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.32140 01403.894007 01615.470018 1 11050000107298

|                                                                      |              |         |            |                    |                                           |
|----------------------------------------------------------------------|--------------|---------|------------|--------------------|-------------------------------------------|
| Local de pagamento                                                   |              |         |            |                    | Vencimento                                |
| PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB                                  |              |         |            |                    | 07/06/2025                                |
| Beneficiário                                                         |              |         |            |                    | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário |
| BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA                      |              |         |            |                    | 3214/4038940                              |
| 17.441.839/0001-68                                                   |              |         |            |                    |                                           |
| Data do documento                                                    | N. documento | Espécie | Aceite     | Data processamento | Nosso número                              |
| 08/05/2025                                                           | 23784        | DM      | N          | 08/05/2025         | 16154-7                                   |
| Uso do Banco                                                         | Carteira     | Espécie | Quantidade | Valor              | Valor documento                           |
|                                                                      | 1            | R\$     | 0,00       |                    | 1.072,98                                  |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)               |              |         |            |                    | (-) Desconto / Abatimento                 |
| A partir 08/06/2025 Juros 0,03%/dia                                  |              |         |            |                    | (-) Outras deduções                       |
| A partir 08/06/2025 multa de 2,00%                                   |              |         |            |                    | (+) Mora / Multa                          |
| Não conceder desconto.                                               |              |         |            |                    | (+) Outros acréscimos                     |
| Protesto no 3º dia útil após Venc.                                   |              |         |            |                    | (=) Valor cobrado                         |
| EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB |              |         |            |                    |                                           |
| COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED                           |              |         |            |                    |                                           |
| Pagador                                                              |              |         |            |                    |                                           |
| SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL                                    |              |         |            |                    |                                           |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753                                        |              |         |            |                    |                                           |
| VILA BARBACENA                                                       |              |         |            |                    |                                           |
| PONTAL - SP                                                          |              |         |            |                    |                                           |
| Beneficiário Final                                                   |              |         |            |                    |                                           |

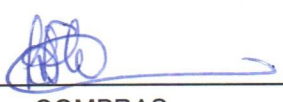


Autenticação mecânica - Ficha de compensação



|                                               |                                    |                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| SIH-R<HCMP0004>                               | Emissão 06/05/2025 14:34           | No. Página<br>1    |
| Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL |                                    | No. Pedido<br>6869 |
| CNPJ: 55.110.753/0001-41                      |                                    |                    |
| FAX:                                          | Email: dpcompras@iscmpontal.com.br |                    |
| <b>Pedido de Compra</b>                       |                                    |                    |

|                                                    |                                                 |                                |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 152 - BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS | Data Ped: 06/05/2025           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   | Cond.Pagto: 30 DIAS                             | Dt Env. Forn:                  |
| Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO                  | Status do pedido: Não Entregou                  |                                |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Situação do Item                                | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) |
| Centro de Custo                                    | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =         | Vlr.Total                      |
| Observação do Pedido                               | TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025  |                                |
| 48598- 2 ALCOOL 70% ANTISSEPTICO 1000 ML-LITRO-    | Não Entregou                                    |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 96,0000 6,5000 0,0000 0,0000                    | 624,0000                       |
| Complemento do item                                |                                                 |                                |
| 70646- 1 FLUXOMETRO P/ OXIGENIO -UNIDADE-MARCA     | Não Entregou                                    |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 6,0000 74,8300 0,0000 0,0000                    | 448,9800                       |
| Complemento do item                                |                                                 |                                |

|                                                                                            |                                                                                     |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Totais:                                                                                    | Total Bruto dos itens:                                                              | 1.072,9800               |
|                                                                                            | 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> |                                                                                     |                          |
| 1.072,9800                                                                                 | 0,0000                                                                              | 0,0000 0,0000 1.072,9800 |
|          |  |                          |
| COMPRAS                                                                                    | ADMINISTRAÇÃO                                                                       |                          |
| Lucimar de S. das Flores                                                                   | Roger Felipe Gomes Oliveira                                                         |                          |
| Dep. de Compras                                                                            | Provedor                                                                            |                          |
| Santa Casa de Pontal                                                                       | Imendência da Santa Casa de Misericórdia de Pontal                                  |                          |

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

ENDEREÇO.: RUA TAMBAU, 358 - BAIRRO.: VILA ELISA

CEP.: 14075010 - CIDADE.: RIBEIRAO PRETO - UF.: SP

FONE.: 16 38774913

CNPJ.: 17.441.839/0001-68 - INSCRIÇÃO ESTADUAL.: 582.946.900.111 - INSCRIÇÃO MUNICIPAL.: 20009873

**COTACÃO DE VENDA**

Nro. 28421

Cliente...: SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL

Aos Cuidados de...:

Validade Proposta...:

Prazo Entrega...:

Vendedor...: MIGUEL ROSA PARPINELLI

Pagamento...: BOL BANCARIO - |||||

Entrega...: ENTREGA

VENDA

| Nro.      | Código | Produto                                                                   | Qtde | Preço   | Total            |
|-----------|--------|---------------------------------------------------------------------------|------|---------|------------------|
| 1         | DIX008 | LUVA PROCEDIMENTO MEDIA C/100 MEDIX                                       | 200  | 32,4000 | 6.480,00         |
| 2         | PM0002 | PAPEL LENCOL 70CMX50M 100% BRANCO CX C/10 PLUMAX                          | 150  | 19,7800 | 2.967,00         |
| 3         | DE0003 | COLETOR DE ARTIGOS PERFUROCORTEANTE 13 LTS CX C/20 COD.0160301 DESCARPACK | 80   | 8,8500  | 708,00           |
| 4         | DIX007 | LUVA PROCEDIMENTO PEQUENA C/100 MEDIX                                     | 10   | 32,4000 | 324,00           |
| 5         | SL0003 | ALCOOL 70% 1000 ML SULMAR                                                 | 96   | 6,5000  | 624,00           |
| 6         | VM0024 | FLUXOMETRO 0-15 LPM FEMEA P/ OXIGENIO COD. 4042 PROTEC                    | 5    | 74,8300 | 374,15           |
| 7         | VM0023 | FLUXOMETRO 0-15 LPM FEMEA P/ AR COMPRIMIDO COD. 4041 PROTEC               | 5    | 73,7000 | 368,50           |
| Total...: |        |                                                                           |      |         | <b>11.845,65</b> |

Obs...: FATURAMENTO MINIMO FRETE CIF 1000,00





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050**CD SP**CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000**Cliente: 1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL****Orçamento: 2646695****Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS****Nº: 753****Cmpl:****Contato:****Bairro: CENTRO****Cidade: PONTAL****CEP: 14180000**

|   | Descrição                                                                  | Marca      | Qtd. | Cx. C/ | Vlr.Unit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | CD | Cód.Anvisa  |
|---|----------------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|-----------|---------|---------|-----------|----|-------------|
| 1 | 5522-LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX MEDIA C/100 C/TALCO - 203441               | MEDIX      | 2    | 100    | 0,2250    | 22,50   | 0,00    | 45,00     | SP | 80495510096 |
| 2 | 3930-PAPEL LENCOL 70CMX50M 24GR BEMMED C/10 - 100% CELULOSE VIRGEM - 01600 | FLEXPELL   | 15   | 10     | 13,8000   | 138,00  | 0,00    | 2070,00   | SP | ISENTO      |
| 3 | 2304-COLETOR PERFURO CORTANTE 13L C/20 - 0160301                           | DESCARPACK | 4    | 20     | 7,1253    | 142,51  | 0,00    | 570,03    | SP | 81187220001 |
| 4 | 4593-LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX PEQUENA C/100 C/TALCO - 203439 / 638561    | MEDIX      | 10   | 100    | 0,2250    | 22,50   | 0,00    | 225,00    | SP | 80495510096 |
| 5 | 956-ALCOOL 70% ETILICO HIDRATADO INPM 1L (FR TRANSP) - 00344               | PROLINK    | 96   | 1      | 6,5000    | 6,50    | 0,00    | 624,00    | SP | ISENTO      |
| 6 | 2321-GEL CONDUTOR P/ EXAMES ECG - AZUL FR 100G - 002173/50010302           | CARBOGEL   | 30   | 1      | 2,5000    | 2,50    | 0,00    | 75,00     | SP | 80005910001 |

**06/05/2025****Observação:** cot 1462**TOTAL: 3.609,03****Vendedor: JOAOH****Condição de pagamento: 28****Tel.: 34 32215300****Validade da proposta: 13/05/2025****Agradecemos a preferência !**



dpcompras pontal &lt;dpcompraspontal@gmail.com&gt;

---

**PEDIDO 6870**

---

Joao Paulo Henrique Costa <joao.henrique@hdlhospitalar.com.br>  
Para: dpcompras pontal <dpcompraspontal@gmail.com>

6 de maio de 2025 às 14:57

Lucia boa tarde!!

Muito obrigado pelo pedido, um destes itens, Papel lençol, você pede 15 caixas, porem tenho a pronta entrega 12 caixas, como não temos previsão de recebimento, peço que cancele as 3 caixas que ficaram pendentes.

Att

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>João Paulo Henrique Costa<br/>Consultor de Vendas<br/>Tel.: (34) 3221-5300<br/>Cel.: (16) 99753-5382<br/>www.hdlhospitalar.com.br<br/>hdl_hospitalar</p> |  <p><b>LOGÍSTICA HOSPITALAR</b><br/>Ajudando a preservar e salvar vidas.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

**De:** dpcompras pontal <dpcompraspontal@gmail.com>

**Enviado:** terça-feira, 6 de maio de 2025 14:46

**Para:** Joao Paulo Henrique Costa <joao.henrique@hdlhospitalar.com.br>

**Assunto:** PEDIDO 6870

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Aviso Legal:** Informamos que esta mensagem e seus eventuais anexos são confidenciais e/ou protegidas por lei. Se você não for o efetivo destinatário, pedimos, por favor, que imediatamente os devolva ao seu remetente e os delete de seu sistema, não utilizando e/ou divulgando para terceiros. Qualquer compartilhamento ou cópia é estritamente proibida.

**Legal Notice:** The information and attached documents contained in this message are confidential and protected from disclosure. If you have received by mistake, you are hereby notified to reply to the sender and eliminate it from your system. Any dissemination, distribution or copying is strictly prohibited. If the disclaimer can't be applied, take no action.





## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

www.futuramedicamentos.com.br

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

Cotação no.: 1.421.037 Tatuí, 06/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716 Fax:

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL  
PONTAL SP

A/C FINANCEIRO  
E-Mail financeiro@iscmpontal.com.br  
Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO 14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

| PRODUTO                                                         | FABRICANTE | UNID. | QUANTIDADE | PREÇO R\$  | QUANT.POR CX | PREÇO.UNIT. | TOTAL R\$ |
|-----------------------------------------------------------------|------------|-------|------------|------------|--------------|-------------|-----------|
| 564285 LUVA LATEX C/TALCO N/EST M DE PROCEDIMENTO C/100 QUALITY | MEDIX      | CX    | 200        | 23,450000  | 100          | 0,234500    | 4.690,00  |
| 566412 COLETOR PERFUROCORT PAPELÃO 13L AMARELO C/20             | DESCARPACK | CX    | 4          | 142,350000 | 20           | 7,117500    | 569,40    |
| 51048 LUVA LATEX C/TALCO N/EST P DE PROCEDIMENTO C/100          | DESCARPACK | CX    | 10         | 25,500000  | 100          | 0,255000    | 255,00    |
| 569457 ALCOOL 70% LIQUIDO ANTISSEPTICO 1000ML C/12 FR           | VICPHARMA  | CX    | 8          | 99,600000  | 12           | 8,300000    | 796,80    |

QTDE.ITENS: 4

TOTAL DO PEDIDO: R\$ 6.311,20

PRAZO DE ENTREGA: 1 dias

VALIDADE DA PROPOSTA: 3 dias

OBSERVAÇÕES:

DANIELE CRISTINE DE ALMEIDA TELES



CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP  
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE  
RIBEIRAO PRETO - SP - 14.051-150 Fone: (16)3963-2829  
CNPJ: 02.736.951/0001-59 Insc.Estadual: 582475777112  
c.rpreto@terra.com.br -

Data 06/05/2025  
hora 08:24  
Orçamento  
N. 079597

Cliente 363 IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PONTAL  
Endereco RUA ANANIAS COSTA FREITAS , 753  
Cidade PONTAL  
CNPJ 55.110.753/0001-41  
Cond.Pgto 030/ / / /

Bairro CENTRO  
CEP 14180000  
Ins.Estadual ISENT0

| N.Item<br>Cliente | ID COD.FAB.   | DESCRICAO                                 | UND | QTDE | UNITARIO | TOTAL    | ICMS % |
|-------------------|---------------|-------------------------------------------|-----|------|----------|----------|--------|
|                   | 1185 000030   | LUVA PROCEDIMENTO LATEX TAM M C/100 MEDIX | CX  | 200  | 28,9200  | 5.784,00 | 18     |
|                   | 1016 000029   | LUVA PROCED. TAM P MEDIX                  | CX  | 10   | 28,9200  | 289,20   | 18     |
|                   | 2973 21200001 | ALCOOL 70% 1000ML C/12 CINORD             | UN  | 96   | 7,8700   | 755,52   | 18     |
|                   | 1677 200.348  | FLUXOMETRO DE AR MORIYA                   | UN  | 5    | 65,2600  | 326,30   | 18     |

Desconto

Total Prod. R\$ 7.155,02 Total Geral R\$ 7.155,02

Vendedor 12 VANESSA  
Transportadora  
Observacao cotacao n.1462





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Banco Recebedor:        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| Pagador Final / Efetivo |                                |
| CPF/CNPJ:               | 55.110.753/0001-41             |
| Nome:                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Representação numérica do código de barras: | 75691.32140 01315.620607 07533.370016 3 11040000138000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco:       | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.                       |
| Código do Banco:                            | 756                                                    |
| Código do ISPB:                             | 02038232                                               |
| Beneficiário original / Cedente             |                                                        |
| Nome Fantasia:                              | SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA     |
| Nome/Razão Social:                          | SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA     |
| CPF/CNPJ:                                   | 07.778.698/0001-10                                     |
| Pagador Sacado                              |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL      |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Data do Vencimento:               | 06/06/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 05/06/2025 |
| Valor Nominal do Boleto:          | 1.380,00   |
| Juros (R\$):                      | 0,00       |
| IOF (R\$):                        | 0,00       |
| Multa (R\$):                      | 0,00       |
| Desconto (R\$):                   | 0,00       |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00       |
| Valor Calculado (R\$):            | 1.380,00   |
| Valor Pago (R\$):                 | 1.380,00   |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 05/06/2025 11:37:33 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 47778286949      |
| Chave de segurança: | 69V15EMK8SCC6ZWA |

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 SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
N. 000077196  
SÉRIE 1

Identificação do emitente

SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA LTDA  
Rua HUMBERTO ORTOLAN, 1290  
CENTRO Cep:14160-660  
Sertãozinho/SP  
Fone: 1639422771

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA 1  
1-SAÍDA  
  
N. 000077196  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
3525 0507 7786 9800 0110 5500 1000 0771 9610 0006 9769

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 de mercadoria, adquirida ou recebida de terceiros, suj

6865

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135251195064611 06/05/2025 14:32:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
664142752117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ/CPF  
07.778.698/0001-10

DESTINATÁRIO/REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
55.110.753/0001-41

DATA DE EMISSÃO  
06/05/2025

ENDEREÇO  
RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753

BAIRRO/DISTRITO  
CENTRO

CEP  
14180-000

DATA ENTRADA/SAÍDA  
06/05/2025

MUNICÍPIO  
Pontal

FONE/FAX

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA  
14:32:41

FATURA

001  
06/06/2025  
1.380,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS  
0,00

VALOR DO ICMS  
0,00

BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
1.380,00

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  
1.380,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
9-SEM FRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO  
0,000

PESO LÍQUIDO  
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 |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|---------|------------|----------|---------|--------|-------|--------|-------|
| 2084      | COPO PLASTICO 180 ML C/<br>2500 UN - TR PP CRISTAL<br>- CX VERMELHA | 39241000 | 060 | 5405 | CX | 10,0000 | 138,0000   | 1.380,00 | 0,00    | 0,00   | 0,00  | 0,00%  | 0,00% |
|           |                                                                     |          |     |      |    |         |            |          |         |        |       |        |       |

RECEBIDO. Valéria

DATA: 07 / 05 / 2025

SETOR: Almorçãõ fãdo

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135251195064611  
Nota Fiscal. PAGTO: 31D- BOLETO PEDIDO COMPRA: 6865 TERMO DE CONVENIO N  
013/2022 - T.A N 10/2025  
- Valor aproximado do(s) Tributo(s): R\$ 183,40(13,29%) Federal, R\$  
248,40(18,00%) Estadual, R\$ 0,00(0,00%) Municipal. Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

ATENÇÃO CLIENTE!  
Conferir junto com o motorista da SERTPEL.  
Caso esteja faltando alguma mercadoria  
somente será entregue caso esteja  
escrito no verso da NF.

BOLETO  
ANEXO

NFE + XML  
ENVIADO

powered by



|                                                                     |  |                                 |                                                     |                               |                             |
|---------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>SICOOB</b>                                                       |  | <b>756</b>                      | <b>Recibo de Entrega</b>                            |                               |                             |
| Pagador<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |  | Vencimento<br><b>06/06/2025</b> | Coop Contr/Cód. Beneficiário<br><b>3214/3156206</b> |                               | Espécie Moeda<br><b>R\$</b> |
| Assinatura do Recebedor                                             |  | Data de Entrega                 | Nosso Número<br><b>75333-7</b>                      | Nº Documento<br><b>77.196</b> | Quantidade<br><b>0,00</b>   |
|                                                                     |  |                                 | Valor documento<br><b>1.380,00</b>                  |                               |                             |

|                                                                                              |  |                                    |                                                     |  |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|-----------------------------|
| <b>SICOOB</b>                                                                                |  | <b>756</b>                         | <b>Recibo do Pagador</b>                            |  |                             |
| Pagador<br><b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b>                          |  | Vencimento<br><b>06/06/2025</b>    | Coop Contr/Cód. Beneficiário<br><b>3214/3156206</b> |  | Espécie Moeda<br><b>R\$</b> |
| Beneficiário<br><b>SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA 07.778.698/0001-10</b> |  | Valor documento<br><b>1.380,00</b> | (-) Desconto / Abatimento                           |  | Quantidade<br><b>0,00</b>   |
| <b>HUMBERTO ORTOLAN - 1290</b>                                                               |  | Nosso Número<br><b>75333-7</b>     | Nº Documento<br><b>77.196</b>                       |  | (=) Valor cobrado           |
| <b>Sertãozinho - SP</b>                                                                      |  |                                    |                                                     |  |                             |

Autenticação Mecânica

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                       |                                                               |                                         |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>SICOOB</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                               | <b>756</b>            | <b>75691.32140 01315.620607 07533.370016 3 11040000138000</b> |                                         |                                                                  |
| Local de pagamento<br><b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>                                                                                                                                                                                                 |                               |                       |                                                               |                                         | Vencimento<br><b>06/06/2025</b>                                  |
| Beneficiário<br><b>SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA 07.778.698/0001-10</b>                                                                                                                                                                     |                               |                       |                                                               |                                         | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário<br><b>3214/3156206</b> |
| Data do documento<br><b>06/05/2025</b>                                                                                                                                                                                                                           | N. documento<br><b>77.196</b> | Espécie<br><b>DM</b>  | Aceite<br><b>N</b>                                            | Data processamento<br><b>06/05/2025</b> | Nosso número<br><b>75333-7</b>                                   |
| Nº da Conta / Respons.                                                                                                                                                                                                                                           | Carteira<br><b>1</b>          | Espécie<br><b>R\$</b> | Quantidade<br><b>0,00</b>                                     | Valor                                   | Valor documento<br><b>1.380,00</b>                               |
| Instruções<br><b>A partir 07/06/2025 Juros 0,03%/dia</b><br><b>A partir 07/06/2025 multa de 2,00%</b><br><b>Não conceder desconto.</b><br><br>EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB<br>COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED |                               |                       |                                                               |                                         | (-) Desconto / Abatimento                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                       |                                                               |                                         | (-) Outras Deduções                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                       |                                                               |                                         | (+) Mora/Multa                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                       |                                                               |                                         | (+) Outros Acréscimos                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                       |                                                               |                                         | (=) Valor cobrado                                                |
| Pagador: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b><br><b>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS , 753</b><br><b>CENTRO</b><br><b>PONTAL - SP</b><br><b>55.110.753/0001-41</b><br><b>14180-000</b>                                                           |                               |                       |                                                               |                                         |                                                                  |
| Beneficiário Final:                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                       |                                                               |                                         |                                                                  |

Autenticação mecânica - Ficha de compensação



|                                               |                                    |                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| SIH-R<HCMP0004>                               | Emissão 06/05/2025 13:51           | No. Página<br>1    |
| Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL |                                    |                    |
| CNPJ: 55.110.753/0001-41                      |                                    | No. Pedido<br>6865 |
| FAX:                                          | Email: dpcompras@iscmpontal.com.br |                    |
| <b>Pedido de Compra</b>                       |                                    |                    |

|                                                    |                                                  |                                |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 275 - SERTPEL COM.DE MATER. DE HIG.E | Data Ped: 06/05/2025           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                   | Cond.Pagto: 30 DIAS                              | Dt Env. Forn:                  |
| Centro de Custo: 3 - ALMOXARIFADO                  | Status do pedido: Não Entregou                   |                                |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca) | Situação do Item                                 | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) |
| Centro de Custo                                    | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =          | Vlr.Total                      |
| Observação do Pedido                               | TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025   |                                |
| 63605- 1 COPO DESC P/AGUA 180ML PP CRISTALCOPOS    | Não Entregou                                     |                                |
| (3) ALMOXARIFADO                                   | 250,0000 5,5200 0,0000 0,0000                    | 1.380,0000                     |
| Complemento do item                                |                                                  |                                |

|                   |                            |                   |                |                 |
|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Totais:           | Total Bruto dos itens:     | 1.380,0000        |                |                 |
|                   | Total Descontos dos itens: | 0,0000            |                |                 |
|                   | Total IPI dos itens:       | 0,0000            |                |                 |
| Total dos Itens + | Encargo Pedido -           | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 1.380,0000        | 0,0000                     | 0,0000            | 0,0000         | 1.380,0000      |

Luciana de S. das Flores  
Dep. COMPRAS  
Santa Casa de Pontal

ADMINISTRAÇÃO

Roger Felipe Gomes Oliveira  
Provedor  
Irmadade da Santa Casa de  
Misericórdia de Pontal



**SERTPEL COMERCIO DE MATERIAIS DE HIGIENE E LIMPEZA LTDA**

CNPJ: 07778698000110

Endereço: Rua HUMBERTO ORTOLAN, 1290,  
Bairro: CENTRO | CEP: 14160660 | Cidade: Sertãozinho  
Estado: SP | País: Brasil

Email: sertpel.faturamento@hotmail.com

Telefone: (16) 3942-2771

**Orçamento****Informações**

Nº Orçamento: 3715

Status: Aberto

Data: 06/05/2025

Data Entrega: 06/05/2025

Cliente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

E-mail: dpcompras@iscmpontal.com.br

I.E:

Telefone:

Celular:

Finalidade: Normal

Vendedor: GISLAINE

Endereço: RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 - CENTRO - Pontal/SP - 14180000

**Informações Transporte**

Transportadora:

Qtde. Volumes: 0

Placa Veículo:

UF Placa:

Tipo Frete: Sem frete

Peso Líquido (kg): 0,0000

Peso Bruto (kg): 0,0000

Valor Frete: R\$ 0,00

Espécie:

Marca:

Numeração:

**Produtos**

| Código | Produtos                                                      | Qtd       | Unitário   | Desconto | Total        |
|--------|---------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------|--------------|
| 958    | PAPEL HIG. FOLHA DUPLA 30 METROS COM 16 ROLOS - QUALITE       | 44,00000  | R\$ 18,40  | R\$ 0,00 | R\$ 809,60   |
| 571    | PAPEL TOALHA EXTRA LUXO BRANCO - GHS PAPEL                    | 100,00000 | R\$ 12,00  | R\$ 0,00 | R\$ 1.200,00 |
| 634    | SABAO EM PO TIXAN YPE - 800 G                                 | 5,00000   | R\$ 10,10  | R\$ 0,00 | R\$ 50,50    |
| 387    | SACO DE LIXO 150 LTS P4 C/ 100 UN - PRETO                     | 15,00000  | R\$ 42,90  | R\$ 0,00 | R\$ 643,50   |
| 385    | SACO DE LIXO 60 LTS C/ 100 UN - PRETO                         | 15,00000  | R\$ 23,10  | R\$ 0,00 | R\$ 346,50   |
| 6678   | SABONETE LIQUIDO 5 LTS - FRUTAS VERMELHAS - B-KRISS           | 6,00000   | R\$ 15,00  | R\$ 0,00 | R\$ 90,00    |
| 287    | SABAO EM PEDRA YPE COM 5 UND.                                 | 2,00000   | R\$ 11,45  | R\$ 0,00 | R\$ 22,90    |
| 2076   | DESINFETANTE 5 LITROS - FLORAL - NEW HALLIVE                  | 10,00000  | R\$ 8,20   | R\$ 0,00 | R\$ 82,00    |
| 736    | PANO MICROFIBRA - 70 X 50 CM                                  | 5,00000   | R\$ 8,90   | R\$ 0,00 | R\$ 44,50    |
| 296    | LIMPA ALUMINIO 500ML - AYLAGE                                 | 3,00000   | R\$ 2,89   | R\$ 0,00 | R\$ 8,67     |
| 451    | ESPONJA DUPLA FACE - FLORA                                    | 15,00000  | R\$ 0,59   | R\$ 0,00 | R\$ 8,85     |
| 1597   | SAPOLIO CREMOSO 250 ML CLASSICO TRADICIONAL                   | 3,00000   | R\$ 10,10  | R\$ 0,00 | R\$ 30,30    |
| 482    | RODO DE MADEIRA 40 CM - COM CABO                              | 5,00000   | R\$ 6,88   | R\$ 0,00 | R\$ 34,40    |
| 1288   | DISCO VERDE 350 MM                                            | 4,00000   | R\$ 24,50  | R\$ 0,00 | R\$ 98,00    |
| 1505   | PANO MICROFIBRA - 30 X 30 CM                                  | 10,00000  | R\$ 2,90   | R\$ 0,00 | R\$ 29,00    |
| 1517   | COPO PLASTICO 50 ML C/ 5.000 UND - COPOSUL TR                 | 1,00000   | R\$ 105,00 | R\$ 0,00 | R\$ 105,00   |
| 461    | SACO ALVEJADO BRANCO - 50 X 70 CM                             | 10,00000  | R\$ 3,99   | R\$ 0,00 | R\$ 39,90    |
| 2084   | COPO PLASTICO 180 ML C/ 2500 UN - TR PP CRISTAL - CX VERMELHA | 10,00000  | R\$ 138,00 | R\$ 0,00 | R\$ 1.380,00 |

**Resumo dos Totais**

Produtos: R\$ 5.023,62

Desc. Produtos: R\$ 0,00

Vlr. Imp. Produtos: R\$ 0,00

Frete: R\$ 0,00

Descontos: R\$ 0,00

Total Geral: R\$ 5.023,62

Observações:



**J.S.S.P. - PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA**  
**CNPJ: 39.846.957/0001-99**  
**TEL: (16) 3628-4424 & (16) 3996-1905**

Página: 1

Dia Semana: Terça  
06/05/2025 10:03:38

Orçamento

Emissao: 06/05/2025 (ORC.35465)

Cliente: (781) IRMANDADE DA SANTA CASA DE M.DE PONTAL

Endereço: RUA ANANIAS DA C.FREITAS,753

Bairro: CENTRO

Cidade: PONTAL (SP)

Email: dpcompraspontal@gmail.com

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

RG/IE: ISENT0

CEP: 14180-000

Fone/Celular:

| Código          | Nome do Produto                          | Marca | Unidade | Quantidade | Unitário | Desconto | Preço Total |
|-----------------|------------------------------------------|-------|---------|------------|----------|----------|-------------|
| 2665            | SACO PLASTICO 40X60 M 06                 |       | PC      | 15,00      | 29,20    | 0,00     | 438,00      |
| 00000560        | DETERGENTE IPE NEUTRO 500 ML             |       | UN      | 60,00      | 2,80     | 0,00     | 168,00      |
| 3934            | PAPEL HIGIENICO F.DUPLA QUALITE 64 ROLOS |       | FD      | 11,00      | 88,60    | 0,00     | 974,60      |
| 1135            | P.TOALHA E.LUXO 20X21,5 GHS 1000 FLS     |       | FD      | 100,00     | 15,40    | 0,00     | 1.540,00    |
| 3384            | SABÃO EM PÓ TIXAN IPE 800 GRS            |       | UN      | 5,00       | 10,80    | 0,00     | 54,00       |
| 00000055        | SACO LIXO 100 LTS P.4 PRETO 100 UND      |       | PC      | 15,00      | 48,00    | 0,00     | 720,00      |
| 00000053        | SACO LIXO 60 LTS PRETO 100 UND           |       | PC      | 15,00      | 20,50    | 0,00     | 307,50      |
| 3307            | SACO LIXO INFECTANTE 200 LTS REFORÇADO   |       | PC      | 6,00       | 68,00    | 0,00     | 408,00      |
| 119             | SACO PLASTICO 30X40                      |       | PC      | 15,00      | 29,20    | 0,00     | 438,00      |
| 4122            | SABONETE ERVA DOCE BIO KRISS 5 LTS       |       | BB      | 6,00       | 16,30    | 0,00     | 97,80       |
| 161             | SABÃO EM PEDRA IPE 180 GRS 5 UND         |       | PC      | 2,00       | 12,60    | 0,00     | 25,20       |
| 3007            | LUVA LATEX SANRO TOP AMARELA G           |       | UN      | 10,00      | 9,90     | 0,00     | 99,00       |
| 168             | SACO PLASTICO 60X80 M.14                 |       | PC      | 5,00       | 29,20    | 0,00     | 146,00      |
| 3521            | PANO MICROFIBRA CINZA ESCURO 60X80       |       | UN      | 5,00       | 10,80    | 0,00     | 54,00       |
| 342             | DESINFETANTE FLORAL MARGS 5 LTS          |       | BB      | 10,00      | 7,00     | 0,00     | 70,00       |
| 1946            | SACO PLASTICO 25X35 M.06                 |       | PC      | 5,00       | 29,20    | 0,00     | 146,00      |
| 2284            | SAPOLIO CREMOSO LAVANDA NOBRE 300 ML     |       | UN      | 3,00       | 6,60     | 0,00     | 19,80       |
| 2937            | LIMPA ALUMINIO LIMPEX TRIEX 500 ML       |       | UN      | 3,00       | 2,90     | 0,00     | 8,70        |
| 00000578        | ESPONJA DUPLA FACE SUPER PRO             |       | UN      | 15,00      | 0,75     | 0,00     | 11,25       |
| 780             | RODO DUPLO 40 CM MAD C/C 1,2             |       | UN      | 5,00       | 7,80     | 0,00     | 39,00       |
| 1269            | DISCO 350 MM VERDE BETAMIN S.PRO         |       | UN      | 4,00       | 22,40    | 0,00     | 89,60       |
| 3644            | PANO MICROFIBRA CORES 30X40              |       | UN      | 10,00      | 4,00     | 0,00     | 40,00       |
| 1354            | COPO CAFE 50 ML CRISTALCOPO PS TR 5000   |       | CX      | 1,00       | 127,00   | 0,00     | 127,00      |
| 00000147        | PANO ALVEJADO MINEIRAO 50X70             |       | UN      | 10,00      | 3,75     | 0,00     | 37,50       |
| 2932            | COPO AGUA 180 ML CRISTALCOPO PP TR 2500  |       | CX      | 10,00      | 139,90   | 0,00     | 1.399,00    |
| SubTotal:       |                                          |       |         |            |          |          | 7.457,95    |
| Desc. Produtos: |                                          |       |         |            |          |          | 0,00        |
| Descontos:      |                                          |       |         |            |          |          | 0,00        |
| Acréscimos:     |                                          |       |         |            |          |          | 0,00        |
| VALOR TOTAL:    |                                          |       |         |            |          |          | 7.457,95    |

Assinatura: \_\_\_\_\_



**MAFFER DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA E DESC**

AV. PROFESSORA DINA RIZZI, 2278 - PQ. RESIDENCIAL PORTINARI, CEP: 14093550  
RIBEIRAO PRETO - SP Fones: 3236.3239 e 3236.3226  
CNPJ: 33484717000105

**Orçamento do Pedido**

Cód.: 35205

NF.:

Cliente : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
CPF/CNPJ : 55.110.753/0001-41

RG/IE : ISENTA

Endereço : RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 HOSPITAL

Bairro : CENTRO

CEP : 14180-000

Fone : (16) 3953-1716

Fone : (16) 3953-9100

Cidade : PONTAL

UF : SP

Transportadora : MAFFER DISTRIBUIDORA

Data do Pedido : 06/05/2025

Data Fat.:

Emit./Vendedor : 60 MIRELA DE CAMPOS LEPEF60 MIRELA DE CAMPOS LEPER

Obs.: VALIDADE DE PROPOPOSTA | 10 DIAS

PRAZO DE ENTREGA, APÓS O FATURAMENTO EM RIB. PRETO - 72 HORAS

PRAZO DE ENTREGA, APÓS O FATURAMENTO REGIÃO - À COMBINAR

FATURAMENTO MÍNIMO P/ RIBEIRÃO PRETO R\$350,00

| Código  | Descrição                                 | Cor          | Tam. | Qtde | Vlr.Unit. | Desc.(R\$) | Vlr.Total |
|---------|-------------------------------------------|--------------|------|------|-----------|------------|-----------|
| S.451   | SACO PLASTICO 40X60                       |              |      | 15   | 26,86     | 0,00       | 402,90    |
| D.84125 | DETERGENTE 500ML YPE                      |              |      | 60   | 2,72      | 0,00       | 163,20    |
| P.30    | PAPEL HIG. 30MTS C/4UNI. F.D - QUALITE    |              |      | 176  | 5,58      | 0,00       | 982,08    |
| P.230   | PAPEL INT. 2D 100% 20X21 C/1000 - STILLUS |              |      | 100  | 12,13     | 0,00       | 1.213,00  |
| E9      | SABÃO EM PÓ 800G - TIXAN                  |              |      | 5    | 10,13     | 0,00       | 50,65     |
| S.11    | S. DE L. 100L P4 - PRETO C/100 UNI.       | PRETO        | PCT  | 15   | 34,45     | 0,00       | 516,75    |
| S.19    | S. DE L. 60L PRETO C/100 UNI.             |              |      | 15   | 22,10     | 0,00       | 331,50    |
| S.481   | S. DE L. 200L INFECTANTE C/100 UNI.       |              |      | 6    | 94,36     | 0,00       | 566,16    |
| S.095   | SACO PLASTICO 30X40 1KG                   |              |      | 15   | 26,86     | 0,00       | 402,90    |
| Q.129   | SABONETE LIQUIDO 5L - BIO-KRISS           | ERVA DO 5L   |      | 6    | 14,66     | 0,00       | 87,96     |
| 0.36    | SABAO EM PEDRA C/5 UNI. - YPE             |              |      | 2    | 11,17     | 0,00       | 22,34     |
| 0.525   | LUVA TOP - AMARELA G                      |              |      | 10   | 8,81      | 0,00       | 88,10     |
| S.452   | SACO PLASTICO 60X80                       |              |      | 5    | 26,86     | 0,00       | 134,30    |
| U.9858  | PANO MICROFIBRA 48X70 - MERCATEX          |              |      | 5    | 9,75      | 0,00       | 48,75     |
| D.586   | DESINFETANTE 5L - BIO-KRISS               | FLORAL       | UN   | 10   | 8,67      | 0,00       | 86,70     |
| S.1125  | SACO PLASTICO 25X35                       |              |      | 5    | 26,86     | 0,00       | 134,30    |
| 0.46    | SAPONACEO CREMOSO 250ML - SANY BRIL       | DIVERSO 250M |      | 3    | 5,19      | 0,00       | 15,57     |
| 0.17    | LIMPA ALUMINIO 500ML                      |              |      | 3    | 2,99      | 0,00       | 8,97      |
| D.9     | ESPONJA DUPLA FACE 70X100 - JEITOSA       |              |      | 15   | 0,90      | 0,00       | 13,50     |
| 07538   | AROMATIZADOR AEROSOL 360ML - SECAR        |              |      | 5    | 17,08     | 0,00       | 85,40     |
| U.08    | RODO MADEIRA 40CM C/ CABO DE MADEIRA 1.20 |              |      | 5    | 5,10      | 0,00       | 25,50     |
| U.133   | DISCO 350MM VERDE LIMPADOR - BETTANIN     |              |      | 4    | 22,26     | 0,00       | 89,04     |
| P.596   | PANO MICROTEC - 30X30                     |              |      | 10   | 2,91      | 0,00       | 29,10     |
| P.61    | COPO DESC. 50ML CX C/5000 UNI. - CRISTAL  | BRANCO 50ML  |      | 1    | 154,70    | 0,00       | 154,70    |
| D.31    | SACO ALVEJADO G 45X75                     |              |      | 10   | 5,85      | 0,00       | 58,50     |

Total Bruto : R\$ 5.711,87

Valor do Frete : R\$ 0,00

Desc.(%) : 0,00

Desc.(R\$) : 0,00

Crédito (R\$) :

Total Líquido : R\$ 5.711,87

Total Parcelado : R\$ 0,00

Qtde Itens : 506,00

Peso Bruto : 0,00

Peso Líq.: 0,00

Total IPI : R\$ 0,00

Representante

Comprador

## Orçamento N° 5822

| <b>NOME:</b>                                         | <b>SANTA CASA PONTAL</b>           |                  |                    |             |                |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|--------------------|-------------|----------------|
| <b>RAZÃO:</b>                                        | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS. DE | <b>CNPJ:</b>     | 55.110.753/0001-41 | <b>CEP:</b> | 14180 000      |
| <b>ENDEREÇO:</b>                                     | RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753      | <b>BAIRRO:</b>   | CENTRO             | <b>UF:</b>  | SP             |
| <b>CIDADE:</b>                                       | PONTAL                             | <b>TELEFONE:</b> | 16 -3953-1716      |             | 16 -99110-0279 |
| DESCRIÇÃO                                            | MARCA                              | UN               | QTDE               | UNITÁRIO    | TOTAL          |
| SACO PLASTICO 40X60KG                                | LASUFILM                           | UN               | 15,00              | 32,00       | 480,00         |
| DETERGENTE LAVA LOUCAS 500ML YPE                     | YPE                                | UN               | 60,00              | 2,80        | 168,00         |
| PAPEL HIGIENICO FOLHA DUPLA PCT C/ 4 ROLOS - QUALITE | QUALITE                            | UN               | 176,00             | 6,20        | 1.091,20       |
| PAPEL INTERFOLHADO EXTRA LUXO20X21 C/1000 FOLHAS GHS | GHS                                | UN               | 100,00             | 15,80       | 1.580,00       |
| SABAO EM PO - TIXAN 800GR                            | TIXAN YPE                          | UN               | 5,00               | 10,90       | 54,50          |
| SACO DE LIXO 100 L P4 C/ 100 UND - SILPLAS           | SILPLAS                            | UN               | 15,00              | 47,80       | 717,00         |
| SACO DE LIXO 60 L C/ 100 UND                         | SILPLAS                            | UN               | 15,00              | 25,40       | 381,00         |
| SACO PLASTICO 30X40KG                                | LASUFILM                           | UN               | 15,00              | 32,00       | 480,00         |
| SABONETE LÍQUIDO 5000ML ERVA DOCE NEW HALLIVE        | NEW HALLIVE                        | UN               | 6,00               | 21,00       | 126,00         |
| SABAO EM BARRA YPE C/5 UN                            | YPE                                | UN               | 2,00               | 14,90       | 29,80          |
| SACO PLASTICO 60X80 - KG                             | LASUFILM                           | UN               | 5,00               | 32,00       | 160,00         |
| PANO MICROFIBRA 50X70                                | SANCHES                            | UN               | 5,00               | 14,50       | 72,50          |
| DESINFETANTE 5000MLFLORAL- NEW HALLIVE               | NEW HALLIVE                        | UN               | 10,00              | 11,70       | 117,00         |
| SACO PLASTICO 25X35                                  | LASUFILM                           | UN               | 5,00               | 32,00       | 160,00         |
| SAPOLIO RADIUM                                       | RADIUM                             | UN               | 3,00               | 12,50       | 37,50          |
| LIMPA ALUMINIO LIMAP MAIS 500 ML                     | LIMPA MAIS                         | UN               | 1,00               | 4,00        | 4,00           |
| ESPONJA MULTIUSO BRILHUS- PAC COM 4 UN               | BRILHUS                            | UN               | 4,00               | 5,00        | 20,00          |
| RODO DE MADEIRA 40CM                                 | LASUFILM                           | UN               | 5,00               | 10,00       | 50,00          |
| DISCO FIBRA VERDE Ø350MM                             | BETTANIN                           | UN               | 4,00               | 33,50       | 134,00         |



|                                     |             |    |        |      |          |
|-------------------------------------|-------------|----|--------|------|----------|
| PANO MICROFIBRA 40X40               | SANCHES     | UN | 10,00  | 6,00 | 60,00    |
| SACO ALVEJADO 48X68 CM              | CCA         | UN | 10,00  | 4,20 | 42,00    |
| COPO DESCARTAVEL 50ML COPOSUL       | COPOSUL     | UN | 50,00  | 2,60 | 130,00   |
| COPO DESCARTAVEL 180ML CRISTAL COPO | CRISTALCOPO | PC | 250,00 | 5,83 | 1.457,50 |

Nº ORÇAMENTO : 5822  
 DATA ORÇAMENTO : 06/05/2025  
 VENDEDOR : JESSICA  
 CONDIÇÃO PGTO : 10 DIAS  
 PREVISÃO ENTREGA:

|                                 |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| <b>Total de Produtos</b>        | 7.552,00        |
| <b>Valor Frete</b>              | 0,00            |
| <b>Total Orçamento &gt;&gt;</b> | <b>7.552,00</b> |

OBSERVAÇÃO

**FATURAMENTO MÍNIMO R\$ 150,00**  
**PRAZO DE ENTREGA : 3 DIAS ÚTEIS**



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Banco Recebedor:        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| Pagador Final / Efetivo |                                |
| CPF/CNPJ:               | 55.110.753/0001-41             |
| Nome:                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Representação numérica do código de barras: | 75691.32140 01357.193901 00001.300011 7 11070000011182 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco:       | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.                       |
| Código do Banco:                            | 756                                                    |
| Código do ISPB:                             | 02038232                                               |
| Beneficiário original / Cedente             |                                                        |
| Nome Fantasia:                              | DROGARIA LIRA E GENARI LTDA                            |
| Nome/Razão Social:                          | DROGARIA LIRA E GENARI LTDA                            |
| CPF/CNPJ:                                   | 05.540.301/0001-21                                     |
| Pagador Sacado                              |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL                   |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Data do Vencimento:               | 09/06/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/06/2025 |
| Valor Nominal do Boleto:          | 111,82     |
| Juros (R\$):                      | 0,00       |
| IOF (R\$):                        | 0,00       |
| Multa (R\$):                      | 0,00       |
| Desconto (R\$):                   | 0,00       |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00       |
| Valor Calculado (R\$):            | 111,82     |
| Valor Pago (R\$):                 | 111,82     |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 09/06/2025 16:02:02 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 48010164313      |
| Chave de segurança: | EXN6MK2PNGH400R7 |

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



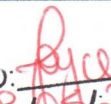
|                                                                                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>033 | Identificação do Emitente<br><b>DROGARIA LIRA E GENARI LTDA</b><br>RUA 7 DE SETEMBRO, 436<br>CENTRO<br>Pontal<br>SP 14180033<br>1639532585 | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR<br>DA NOTA FISCAL<br>ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA 1<br>1 - SAÍDA 1<br>Nº 2423<br>SÉRIE: 1<br>PÁGINA: 1 / 1 | <br>CHAVE DE ACESSO<br>3525 0505 5403 0100 0121 5500 1000 0024 2311 5099 2444<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135251209490000 07/05/2025 16:47:36<br>09106<br>142-1 |
|                                                                                        | NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>Nota Fiscal de Referência 6874                                                                                     |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                        | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>550013810112                                                                                                         | INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO                                                                                                               | CNPJ<br>05540301000121                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                          |                          |                  |                              |                  |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|------------------------------|------------------|---------------------------------------|
| <b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>                                          |                          |                  |                              |                  |                                       |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |                          |                  | CPF / CNPJ<br>55110753000141 |                  | DATA DA EMISSÃO<br>07/05/2025         |
| ENDEREÇO<br>R ANANIAS COSTA FREITAS, 753,                                |                          | BAIRRO<br>CENTRO |                              | CEP<br>14180-000 | DATA DA ENTRADA / SAÍDA<br>07/05/2025 |
| MUNICÍPIO<br>Pontal                                                      | FONE / FAX<br>1639531716 | UF<br>SP         | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |                  | HORA DA SAÍDA<br>16:47                |

|                                 |                         |                                    |                                    |                                |                               |
|---------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <b>FATURA / DUPLICATA</b>       |                         |                                    |                                    |                                |                               |
|                                 |                         |                                    |                                    |                                |                               |
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>       |                         |                                    |                                    |                                |                               |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>0,00   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL PRODUTOS<br>135,31 |                               |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>23,49                  | OUTRAS DESPESAS<br>0,00            | VALOR TOTAL DO IPI<br>0,00     | VALOR TOTAL DA NOTA<br>111,82 |

|                                              |         |                                                     |             |                     |                       |            |
|----------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------|-------------|---------------------|-----------------------|------------|
| <b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |         |                                                     |             |                     |                       |            |
| NOME / RAZÃO SOCIAL                          |         | FRETE POR CONTA<br>9 - Sem Ocorrência de Transporte | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO       | UF                    | CNPJ / CPF |
| ENDEREÇO                                     |         | MUNICÍPIO                                           |             | UF                  | INSCRIÇÃO ESTADUAL    |            |
| QUANTIDADE<br>0                              | ESPÉCIE | MARCA                                               | NÚMERO      | PESO BRUTO<br>0,000 | PESO LÍQUIDO<br>0,000 |            |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS |   |                                   |          |      |       |     |     |       |            |            |            |            |           |            |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|----------|------|-------|-----|-----|-------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|
| Código                        |   | Descrição dos produtos / serviços | NCM/SH   | CSOS | CFOP  | UND | QNT | PMC   | Val. Unit. | Val. Desc. | Val. Total | B. C. ICMS | Val. ICMS | Aliq. ICMS |
| 19002                         | P | ANLÓDIPINO 5MG 30CPR TEUTO        | 30049069 | 400  | 5.929 | UND | 1   | 18,77 | 18,77      | 11,87      | 6,90       | 0,00       | 0,00      | 0,00       |
| 210                           | P | ATENSINA 150MCG 30CPR BOEH        | 30049069 | 400  | 5.929 | UND | 4   | 13,34 | 13,34      | 5,32       | 48,04      | 0,00       | 0,00      | 0,00       |
| 196                           | P | APRESOLINA 25MG 20DRG             | 30049069 | 400  | 5.929 | UND | 6   | 10,53 | 10,53      | 6,30       | 56,88      | 0,00       | 0,00      | 0,00       |

|                                                                                                                                                    |                          |                                                                                                                                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b>                                                                                                                            |                          |                                                                                                                                                                                |                |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL                                                                                                                                | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN                                                                                                                                                       | VALOR DO ISSQN |
| <b>DADOS</b>                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                                                                                |                |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Nota fiscal impressa ref. aos documentos:<br>NF-e / NFC-e:<br>40898<br>TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº10/2025 |                          | RESERVADO AO FISCO<br><br>RECEBIDO: <br>DATA 08/05/25<br>Farmácia<br>Santa Casa de Pontal |                |





|                                                                                                                                   |                                                   |                                                                                       |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Beneficiário<br><b>DROGARIA LIRA E GENARI LTDA</b><br><b>SETE DE SETEMBRO - 436</b><br><b>CENTRO</b><br><b>PONTAL - SP</b>        | <b>05.540.301/0001-21</b><br><br><b>14180-000</b> | Vencimento<br><b>09/06/2025</b><br>(+) Outros acréscimos<br>(-) Desconto / Abatimento | Valor do Documento<br><b>111,82</b><br>(+) Mora / Multa<br>(-) Outras deduções |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br><b>Não cobrar encargos por atraso.</b><br><b>Não conceder desconto.</b> |                                                   | Data de Emissão<br><b>07/05/2025</b>                                                  | (=) Valor cobrado                                                              |
|                                                                                                                                   |                                                   | Coop Contr/Cód. Beneficiário<br><b>3214/3571939</b>                                   |                                                                                |
|                                                                                                                                   |                                                   | Nosso Número<br><b>13-0</b>                                                           |                                                                                |

|                                                                |                 |                                   |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| Dados do Pagador                                               |                 |                                   |
| Nome do pagador<br><b>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b> |                 | Número do Documento<br><b>129</b> |
| Endereço<br><b>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS</b>                |                 |                                   |
| Bairro / Distrito<br><b>CENTRO</b>                             |                 |                                   |
| Município<br><b>PONTAL</b>                                     | UF<br><b>SP</b> | CEP<br><b>14180-041</b>           |
| Mensagem Pagador                                               |                 |                                   |

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.32140 01357.193901 00001.300011 7 11070000011182

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                       |                           |                                         |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Local de pagamento<br><b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>                                                                                                                                                                                            |                            |                       |                           |                                         | Vencimento<br><b>09/06/2025</b>                                  |
| Beneficiário<br><b>DROGARIA LIRA E GENARI LTDA</b><br><b>05.540.301/0001-21</b>                                                                                                                                                                             |                            |                       |                           |                                         | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário<br><b>3214/3571939</b> |
| Data do documento<br><b>07/05/2025</b>                                                                                                                                                                                                                      | N. documento<br><b>129</b> | Espécie<br><b>DM</b>  | Aceite<br><b>N</b>        | Data processamento<br><b>07/05/2025</b> | Nosso número<br><b>13-0</b>                                      |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                | Carteira<br><b>1</b>       | Espécie<br><b>R\$</b> | Quantidade<br><b>0,00</b> | Valor                                   | Valor documento<br><b>111,82</b>                                 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br><b>Não cobrar encargos por atraso.</b><br><b>Não conceder desconto.</b><br><br>EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB<br>COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED |                            |                       |                           |                                         | (-) Desconto / Abatimento                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                       |                           |                                         | (-) Outras deduções                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                       |                           |                                         | (+) Mora / Multa                                                 |
| Pagador<br><b>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL</b><br><b>RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS</b><br><b>CENTRO</b><br><b>PONTAL - SP</b><br><b>55.110.753/0001-41</b><br><b>14180-041</b>                                                                       |                            |                       |                           |                                         | (+) Outros acréscimos<br>(=) Valor cobrado                       |
| Beneficiário final                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                       |                           |                                         |                                                                  |



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



|                                                                                                      |                                                                |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| SIH-R<HCMP0004><br>Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL<br>CNPJ: 55.110.753/0001-41<br>FAX: | Emissão 07/05/2025 15:17<br>Email: dpcompras@iscmpontal.com.br | No. Página<br>1<br>No. Pedido<br>6874 |
| <b>Pedido de Compra</b>                                                                              |                                                                |                                       |

|                                                                     |  |                                              |        |                                |                      |           |
|---------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--------|--------------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                                                |  | Fornecedor: 93 - DROGARIA LIRA E GENARI LTDA |        |                                | Data Ped: 07/05/2025 |           |
| 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.Reg-No.Requis) |                      |           |
| Centro de Custo                                                     |  | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =      |        |                                |                      | Vlr.Total |
| Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025 |  |                                              |        |                                |                      |           |
| 12476- 1 ANLODIPINO 5MG CPR-CRP-MARCA DISPONVIEL                    |  | Não Entregou                                 |        |                                |                      |           |
| (4) FARMÁCIA                                                        |  | 30,0000                                      | 0,2300 | 0,0000                         | 0,0000               | 6,9000    |
| Complemento do item                                                 |  |                                              |        |                                |                      |           |
| 17701- 1 ATENSINA 0,150MG CPR (CLONIDINA)-CRP-                      |  | Não Entregou                                 |        |                                |                      |           |
| (4) FARMÁCIA                                                        |  | 120,0000                                     | 0,4004 | 0,0000                         | 0,0000               | 48,0480   |
| Complemento do item                                                 |  |                                              |        |                                |                      |           |
| 26943- 1 HIDRALAZINA 25MG CP-CPR-MARCA DISPONVIEL                   |  | Não Entregou                                 |        |                                |                      |           |
| (4) FARMÁCIA                                                        |  | 120,0000                                     | 0,4740 | 0,0000                         | 0,0000               | 56,8800   |
| Complemento do item                                                 |  |                                              |        |                                |                      |           |

|                                                                                                                                                                       |                  |                                                                                                                                                                                                         |                |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| Totais:                                                                                                                                                               |                  | Total Bruto dos itens:                                                                                                                                                                                  | 111,8280       |                 |
|                                                                                                                                                                       |                  | Total Descontos dos itens:                                                                                                                                                                              | 0,0000         |                 |
|                                                                                                                                                                       |                  | Total IPI dos itens:                                                                                                                                                                                    | 0,0000         |                 |
| Total dos Itens +                                                                                                                                                     | Encargo Pedido - | Desconto Pedido +                                                                                                                                                                                       | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 111,8280                                                                                                                                                              | 0,0000           | 0,0000                                                                                                                                                                                                  | 0,0000         | 111,8280        |
| <br>COMPRAS<br>Lucimar de S. das Flores<br>Dep. de Compras<br>Santa Casa de Pontal |                  | <br>ADMINISTRAÇÃO<br>Roger Felipe Gomes Oliveira<br>Provedor<br>Imandade da Santa Casa de<br>Misericórdia de Pontal |                |                 |

# Drogaria Lira e Genari Ltda

Rua 7 de Setembro, 436, Centro, Pontal-SP  
CNPJ: 05540301000121. Insc Est: 550013810112  
Fone: 16 3953 2585

## Orçamento

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| ANLODIPINO 5MG 30CPR       | 6,90   |
| ATENSINA 150MCG 50CPR BOEH | 48,04  |
| APRESOLINA 25MG 20DRG      | 56,88  |
| TOTAL                      | 111,82 |

PONTAL DIA 07 DE MAIO DE 2025.

**Nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário e esperamos poder concretizar o pedido brevemente.**





Orcamento Nro - 80592

Data/hora Impressão 07/05/2025 14:40:36

Data: 07/05/2025

Validade orçamento: 14/05/2025

Loja FILIAL 223 - DROGAL PONTAL II

Cliente SANTA CASA PONTAL COD:4755

Condição Pagamento 40 DIAS

Pedido Cliente Nro:

| Cód Loja | Produto                               | Qtde | Valor Bruto | Valor Desconto | Valor Liquido |
|----------|---------------------------------------|------|-------------|----------------|---------------|
| 70529    | APRESOLINA 25MG 60CPR REV             | 2    | R\$ 63,32   | R\$ 12,16      | R\$ 51,16     |
| 23221    | ATENSINA 150MG 30CPR                  | 4    | R\$ 53,36   | R\$ 2,00       | R\$ 51,36     |
| 58794    | BESILATO ANLODIPINO 5MG 30CPR(G)CIMED | 1    | R\$ 28,81   | R\$ 15,18      | R\$ 13,63     |
| Totais   |                                       | 7    | R\$ 145,49  | R\$ 29,34      | R\$ 116,15    |

**Valor a Pagar: 116,15**

Imposto: 0,00



Empresa: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

Cidade: JAGUARIUNA Estado: SP

End: PC EMILIO MARCONATO, 1000, GALPAO 22 e 27

Fone: (19) 35225-800

Cep: 13.916-074

Cnpj: 67.729.178/0004-91

Orçamento: A1WGJ6/1

Segunda-feira, 5 de Maio de 2025 - 11:57:13

## Dados do Cliente:

Empresa: 2839 - IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL

Cidade: PONTAL - Estado: SP

Fax:

End: RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753

Fone: 16 39531716

Cnpj: 55.110.753/0001-41

Cep: 14.180-000

Conforme vossa solicitação, temos a satisfação de oferecer nosso(s) preço(s) da(s) mercadoria(s) abaixo relacionada(s)

| Seq.<br>Cli.        | Cód.<br>Item | Descrição                                       | Marca              | UN | Emb    | Qtd | Pr.Uni                        | Pr.Emb          | Pr.Total   |
|---------------------|--------------|-------------------------------------------------|--------------------|----|--------|-----|-------------------------------|-----------------|------------|
| 1                   | 035226       | AGUA PARA INJECAO CX C/200AP X 10ML<br>PL       | FARMARIN           | CX | Caixas | 5   | R\$<br>0,1964                 | R\$<br>39,2800  | R\$ 196,40 |
| Principio<br>Ativo: |              | AGUA PARA INJECAO 10ML                          |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>1.1688.0032.018-3 |                 |            |
| 2                   | 010702       | EPILENIL 250MG CX C/1FR X 25CA                  | BIOLAB SANUS       | CX | Caixas | 1   | R\$<br>0,3220                 | R\$ 8,0500      | R\$ 8,05   |
| Principio<br>Ativo: |              | ACIDO VALPROICO 250MG                           |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>1.0974.0046.002-3 |                 |            |
| 3                   | 010705       | ADREN 1MG/ML C/100AP X 1ML IM/IV/SC             | HIPOLABOR          | CX | Caixas | 1   | R\$<br>0,8155                 | R\$<br>81,5500  | R\$ 81,55  |
| Principio<br>Ativo: |              | ADRENALINA (EPINEFRINA) 1MG/ML                  |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>1.1343.0001.001-6 |                 |            |
| 4                   | 025770       | AGUA OXIGENADA 10VOL 100ML CX<br>C/24FR - 83500 | VIC PHARMA         | CX | Caixas | 1   | R\$<br>1,6185                 | R\$<br>38,8440  | R\$ 38,84  |
| Principio<br>Ativo: |              | AGUA OXIGENADA 100ML                            |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>0.0000.0000.000-0 |                 |            |
| 5                   | 024167       | BESILAPIN 5MG CX C/25BLT X 20CPR                | GEOLAB             | cx | Caixas | 1   | R\$<br>0,0249                 | R\$<br>12,4500  | R\$ 12,45  |
| Principio<br>Ativo: |              | ANLODIPINO 5MG, BESILATO                        |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>1.5423.0243.004-3 |                 |            |
| 6                   | 021053       | ATENOLOL 25MG CX C/40BLT X 15CPR GEN            | PRATI<br>DONADUZZI | CX | Caixas | 1   | R\$<br>0,0404                 | R\$<br>24,2400  | R\$ 24,24  |
| Principio<br>Ativo: |              | ATENOLOL 25MG                                   |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>1.2568.0146.003-8 |                 |            |
| 7                   | 022584       | IPRATROPIO 0,25MG/ML CX C/200FR X<br>20ML GEN   | HIPOLABOR          | CX | Caixas | 1   | R\$<br>1,0710                 | R\$<br>214,2000 | R\$ 214,20 |
| Principio<br>Ativo: |              | BROMETO DE IPRATROPIO 0.025%                    |                    |    |        |     | Reg. MS:<br>1.1343.0162.002-0 |                 |            |



|           |        |                                                             |                    |        |    |                               |                 |            |
|-----------|--------|-------------------------------------------------------------|--------------------|--------|----|-------------------------------|-----------------|------------|
| 8         | 024218 | CEFAZOLINA 1G CX C/50F-A S/DIL GEN                          | ANTIBIOTICOS DO CX | Caixas | 1  | R\$<br>4,5566                 | R\$<br>227,8300 | R\$ 227,83 |
| Principio |        | CEFAZOLINA SODICA 1G                                        |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.5562.0055.003-1 |                 |            |
| 9         | 001909 | AMPLOSPEC 1G CX C/50FA S/DIL                                | BIOCHIMICO CX      | Caixas | 2  | R\$<br>4,3676                 | R\$<br>218,3800 | R\$ 436,76 |
| Principio |        | CEFTRIAXONA 1G IV                                           |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0063.0003.005-8 |                 |            |
| 10        | 035227 | CLORETO DE SODIO 0,9% C/200AP X 10ML PL                     | FARMARIN CX        | Caixas | 1  | R\$<br>0,2278                 | R\$<br>45,5600  | R\$ 45,56  |
| Principio |        | CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML                                  |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.1688.0035.006-6 |                 |            |
| 11        | 031875 | CHLORCLEAR 2% AQUOSA 100ML ALMOTOLIA CX C/24FR 88202        | VIC PHARMA CX      | Caixas | 1  | R\$<br>2,4495                 | R\$<br>58,7880  | R\$ 58,79  |
| Principio |        | CLOREXIDINA 2% AQUOSA 100ML                                 |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>00000000000000    |                 |            |
| 12        | 033557 | DIPIRONA SODICA 500MG/ML CX C/100AP X 2ML GEN               | HYPOFARMA CX       | Caixas | 15 | R\$<br>0,5694                 | R\$<br>56,9400  | R\$ 854,10 |
| Principio |        | DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML                                |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0387.0076.001-9 |                 |            |
| 13        | 033087 | DRAMIN B6 DL 3+5+100+100MG/ML INJ IV C/100AP X 10ML 21665-2 | NEO Q/COSMED CX    | Caixas | 1  | R\$<br>7,3000                 | R\$<br>730,0000 | R\$ 730,00 |
| Principio |        | DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA, CLOR + GLICOSE + FRUTOSE        |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.7817.0900.004-5 |                 |            |
| 14        | 033693 | ESPIRONOLACTONA 25 MG CX C/2BL X 15CP GEN                   | GEOLAB CX          | Caixas | 2  | R\$<br>0,1821                 | R\$ 5,4630      | R\$ 10,93  |
| Principio |        | ESPIRONOLACTONA 25MG                                        |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.5423.0266.004-9 |                 |            |
| 15        | 019728 | GLICOSE 50% CX C/200AP X 10ML PLAST                         | HALEX/ISOFARMA CX  | Caixas | 1  | R\$<br>0,6767                 | R\$<br>135,3400 | R\$ 135,34 |
| Principio |        | GLICOSE 50% 10ML                                            |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0311.0167.001-5 |                 |            |
| 16        | 019947 | ANDROCORTIL 500MG CX C/50FA IM/IV S/DIL - 2596              | TEUTO CX           | Caixas | 1  | R\$<br>4,3675                 | R\$<br>218,3750 | R\$ 218,38 |
| Principio |        | HIDROCORTISONA 500MG,SUCCINATO SODICO                       |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0370.0463.006-2 |                 |            |
| 17        | 033328 | ISOSSORBIDA 20MG CX C/3BL X 10 CP GEN                       | BIOLAB SANUS CX    | Caixas | 1  | R\$<br>0,1692                 | R\$ 5,0760      | R\$ 5,08   |
| Principio |        | ISOSSORBIDA 20MG, MONONITRATO                               |                    |        |    |                               |                 |            |
| Ativo:    |        |                                                             |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0974.0265.001-6 |                 |            |
| 18        | 035739 | LACTBEN 667MG/ML CX C/50FR X 120ML SABOR AMEIXA             | MAYBEN CX          | Caixas | 1  | R\$<br>5,1721                 | R\$<br>258,6050 | R\$ 258,61 |

|                  |                                   |                                              |                   |    |        |   |             |              |              |
|------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|----|--------|---|-------------|--------------|--------------|
| Principio Ativo: | LACTULOSE 667MG/ML                | Reg. MS:                                     | 0.0000.0000.000-0 |    |        |   |             |              |              |
| 19               | 021057                            | MIDAZOLAM 5MG/ML CX C/100AP X 10ML GEN       | HIPOLABOR         | CX | Caixas | 1 | R\$ 2,6775  | R\$ 267,7500 | R\$ 267,75   |
| Principio Ativo: | MIDAZOLAM 50MG                    | Reg. MS:                                     | 1.1343.0143.008-6 |    |        |   |             |              |              |
| 20               | 032746                            | OXACILIL 500MG IM/IV CX C/50FA               | FRESENIUS KABI    | CX | Caixas | 8 | R\$ 4,5837  | R\$ 229,1850 | R\$ 1.833,48 |
| Principio Ativo: | OXACILINA SODICA 500MG            | Reg. MS:                                     | 1.0041.0179.003-1 |    |        |   |             |              |              |
| 21               | 031605                            | ONDANSETRONA 2MG/ML CX C/100AP X 4ML GEN     | HIPOLABOR         | CX | Caixas | 4 | R\$ 1,0990  | R\$ 109,9000 | R\$ 439,60   |
| Principio Ativo: | ONDANSETRONA 8MG/4ML,CLORIDRATO   | Reg. MS:                                     | 1134301990022     |    |        |   |             |              |              |
| 22               | 033277                            | PREDNISONA 20MG CX C/ 1BL X 10CP GEN 1006576 | ACHE              | CX | Caixas | 6 | R\$ 0,6892  | R\$ 6,8920   | R\$ 41,35    |
| Principio Ativo: | PREDNISONA 20MG                   | Reg. MS:                                     | 1.0573.0702.002-8 |    |        |   |             |              |              |
| 23               | 033386                            | PROMETAZOL 25MG/ML CX C/100AP X 2ML          | HIPOLABOR         | CX | Caixas | 1 | R\$ 3,2182  | R\$ 321,8200 | R\$ 321,82   |
| Principio Ativo: | PROMETAZINA 50MG/2ML,CLORIDRATO   | Reg. MS:                                     | 1.1343.0202.006-1 |    |        |   |             |              |              |
| 24               | 021840                            | TRAMADOL 50MG/ML CX C/100AP X 1ML GEN        | HIPOLABOR         | CX | Caixas | 3 | R\$ 0,8568  | R\$ 85,6800  | R\$ 257,04   |
| Principio Ativo: | TRAMADOL 50MG/ML,CLORIDRATO       | Reg. MS:                                     | 1.1343.0156.003-6 |    |        |   |             |              |              |
| 25               | 023741                            | TRIDIL 50MG CX C/10AP X 10ML                 | CRISTALIA         | CX | Caixas | 1 | R\$ 36,7797 | R\$ 367,7970 | R\$ 367,80   |
| Principio Ativo: | NITROGLICERINA 50MG               | Reg. MS:                                     | 1.0298.0133.005-3 |    |        |   |             |              |              |
| 26               | 035250                            | VASELINA LIQUIDA 1000ML C/12FR - 88341       | VIC PHARMA        | CX | Caixas | 1 | R\$ 25,7943 | R\$ 309,5316 | R\$ 309,53   |
| Principio Ativo: | VASELINA LIQUIDA 1000ML           | Reg. MS:                                     | 0.0000.0000.000-0 |    |        |   |             |              |              |
| 27               | 011763                            | XYLESTESIN 2% CX C/10BG X 30GR + APLICADORES | CRISTALIA         | CX | Caixas | 2 | R\$ 5,9178  | R\$ 59,1780  | R\$ 118,36   |
| Principio Ativo: | LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO         | Reg. MS:                                     | 1.0298.0357.011-6 |    |        |   |             |              |              |
| 28               | 010816                            | XYLESTESIN 2% S/V S.P. CX C/10EST X 20ML     | CRISTALIA         | CX | Caixas | 1 | R\$ 11,1688 | R\$ 111,6880 | R\$ 111,69   |
| Principio Ativo: | LIDOCAINA 2% S/V 20ML, CLORIDRATO | Reg. MS:                                     | 1.0298.0357.002-7 |    |        |   |             |              |              |



**Total Orçamento : R\$ 7.625,53**

**Condição de Pagamento: 28 DIAS**

**Previsão de Entrega: 06/05/2025**

**Validade da Proposta: 08/05/2025**

Observações:

|  |
|--|
|  |
|--|

**Estamos no aguardo de uma Resposta Afirmativa, e colocamo-nos a seu inteiro dispor para maiores esclarecimentos.**

**Atenciosamente,**

---

**WILLIAN LINO REPRESENTACAO  
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
Orçamento realizado por: Paulo Eduardo da Mota Botta**



## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUÍ / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

www.futuramedicamentos.com.br

**Cotação no.:** 1.419.411 Tatuí, 05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716 Fax:  
A/C FINANCEIRO  
E-Mail financeiro@iscmpontal.com.br  
Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

PONTAL SP

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

| PRODUTO                                                                | FABRICANTE    | UNID. | QUANTIDADE | PREÇO R\$  | QUANT.POR CX | PREÇO.UNIT. | TOTAL R\$ |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|------------|------------|--------------|-------------|-----------|
| 574741 AGUA P/ INJEÇÃO 10ML CX C/200                                   | FARMARIN      | CX    | 5          | 40,750000  | 200          | 0,203800    | 203,75    |
| 569889 EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML S.INJ 1ML CX C/100<br>"HYFREN"   | HYPOFARMA     | CX    | 1          | 100,350000 | 100          | 1,003500    | 100,35    |
| 569456 AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES 100 ML CX C/24 FR                     | VICPHARMA     | CX    | 1          | 43,750000  | 24           | 1,822900    | 43,75     |
| 575356 ATENOLOL 25MG CX C/30CPR "GENERICO"                             | BIOLAB        | CX    | 2          | 2,300000   | 30           | 0,076700    | 4,60      |
| 28537 IPRATROPIO 0,25MG/ML 20ML "GENERICO"                             | HIPOLABOR     | FR    | 30         | 0,960000   | 1            | 0,960000    | 28,80     |
| 567897 CEFAZOLINA SODICA 1G CX C/50 FA IM IV "GENERICO" (ANTIB)        | BIOCHIMICO    | CX    | 2          | 238,000000 | 50           | 4,760000    | 476,00    |
| 568702 CEFTRIAXONA SODICA 1000MG IV CX C/50FA "AMPLOSPEC" ( ANT        | BIOCHIMICO    | CX    | 2          | 186,700000 | 50           | 3,734000    | 373,40    |
| 29044 CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML CX C/200                              | ISOFARMA      | CX    | 1          | 59,400000  | 200          | 0,297000    | 59,40     |
| 574783 CLOREXIDINA 0,2% (SOL AQUOSA) 100ML CX C/24 FR<br>"CHLORDERM"   | VICPHARMA     | CX    | 2          | 68,900000  | 24           | 2,870800    | 137,80    |
| 572916 DIPIRONA SODICA 500MG/ML GTS 10ML "ABERLGINA"                   | AIRELA        | FR    | 20         | 1,429000   | 1            | 1,429000    | 28,58     |
| 569342 DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML CX C/100 "DIPIFARMA"               | FARMACE       | CX    | 15         | 58,000000  | 100          | 0,580000    | 870,00    |
| 568565 DIMENIDRINATO+PIRIDOX+GLIC+FRUT IV 10ML C/100 "DRAMIN B6<br>DL" | HYPERA/TAKEDA | CX    | 1          | 843,000000 | 100          | 8,430000    | 843,00    |
| 48501 ESPIRONOLACTONA 25MG C/30 CMP "GENERICO"                         | EMS           | CX    | 2          | 9,350000   | 30           | 0,311700    | 18,70     |
| 574510 FLUMAZENIL 0,5MG/5ML SOL INJ CX C/5 AMP "GENERICO" (C1)         | TEUTO BRASILE | CX    | 1          | 27,000000  | 5            | 5,400000    | 27,00     |
| 568062 GLICOSE 50% 10ML CX C/200                                       | SAMTEC        | CX    | 1          | 137,200000 | 200          | 0,685000    | 137,20    |
| 574082 HIDROCORTISONA 100MG PO LIOF INJ CX C/50 F/A<br>"ANDROCORTIL"   | TEUTO BRASILE | CX    | 1          | 138,200000 | 50           | 2,764000    | 138,20    |





## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

www.futuramedicamentos.com.br

Cotação no.: 1.419.411 Tatuí, 05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716 Fax:

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL  
PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail financeiro@iscmpontal.com.br

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO 14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

|        |                                                                |                   |    |            |     |           |          |
|--------|----------------------------------------------------------------|-------------------|----|------------|-----|-----------|----------|
| 574083 | HIDROCORTISONA 500MG PO LIOF INJ CX C/50 F/A<br>"ANDROCORTIL"  | TEUTO BRASILE: CX | 2  | 222,100000 | 50  | 4,442000  | 444,20   |
| 572111 | ISOSSORBIDA 20MG C/30 CMP "GENERIC"                            | BIOLAB CX         | 1  | 7,150000   | 30  | 0,238300  | 7,15     |
| 569158 | LACTULOSE 667MG/ML 120ML AMEIXA "LACTULIFE"                    | NATULAB FR        | 15 | 6,999000   | 1   | 6,999000  | 104,98   |
| 574098 | MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML CX C/50 AMP "GENERIC" (B1)               | TEUTO BRASILE: CX | 1  | 135,750000 | 50  | 2,715000  | 135,75   |
| 574977 | SORBITOL714MG/G+LAURILSULFATO 7,70MG/G CX C 7BISN<br>"MINILAX" | EUROFARMA CX      | 3  | 39,400000  | 7   | 5,628600  | 118,20   |
| 47828  | OXACILINA SODICA 500MG PO INJ CX C/100 FA "OXANON"             | BLAU CX           | 4  | 416,000000 | 100 | 4,160000  | 1.664,00 |
| 568501 | ONDANSETRONA 2MG/ML 4ML CX C/50 "GENERIC"                      | HYPOFARMA CX      | 8  | 50,500000  | 50  | 1,010000  | 404,00   |
| 569310 | PARACETAMOL 200MG/ML 15ML "TYLEMAX"                            | NATULAB FR        | 20 | 1,510000   | 1   | 1,510000  | 30,20    |
| 574821 | PARACETAMOL 750MG CX C/100 CP "GENERIC"                        | ZYDUS DO BRAS: CX | 2  | 15,700000  | 100 | 0,157000  | 31,40    |
| 568527 | PROMETAZINA 25MG/ML 2ML IM CX C/100AMP "PROMETAZOL"            | HIPOLABOR/SAN: CX | 1  | 359,400000 | 100 | 3,594000  | 359,40   |
| 54924  | TRAMADOL 50MG/ML 1ML C/60 "GENERIC" (A2)                       | TEUTO BRASILE: CX | 5  | 49,100000  | 60  | 0,818300  | 245,50   |
| 568567 | NITROGLICERINA 5MG/ML 10ML CX C/10 AMP "TRIDIL"                | CRISTALIA CX      | 1  | 413,000000 | 10  | 41,300000 | 413,00   |
| 570012 | VASELINA LIQUIDA 1000ML CX C/12 FR                             | VICPHARMA CX      | 1  | 512,900000 | 12  | 42,741700 | 512,90   |
| 574961 | LIDOCAINA 2% (20MG/G) GELEIA 30G C/100 TB "LABCAINA"           | PHARLAB CX        | 1  | 468,000000 | 100 | 4,680000  | 468,00   |
| 24457  | LIDOCAINA 2% GELEIA 30G CX C/10 TB "XYLESTESIN"                | CRISTALIA CX      | 2  | 56,000000  | 10  | 5,600000  | 112,00   |
| 568776 | LIDOCAINA 2% S/ VASO 20ML CX C/ 10FR SP "XYLESTESIN"           | CRISTALIA CX      | 8  | 71,600000  | 10  | 7,160000  | 572,80   |



## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

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

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira

TATUÍ / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111

PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

E-mail: [vendas6@futuramedicamentos.com.br](mailto:vendas6@futuramedicamentos.com.br)

**Cotação no.:** 1.419.411 Tatuí, 05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend. : 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

Telefone: (16) 039531716

Fax:

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail [financeiro@iscmpontal.com.br](mailto:financeiro@iscmpontal.com.br)

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

**QTDE.ITENS:** 32

**TOTAL DO PEDIDO: R\$ 9.114,01**

**PRAZO DE ENTREGA:** 1 dias

**VALIDADE DA PROPOSTA:** 3 dias

OBSERVAÇÕES:

DANIELE CRISTINE DE ALMEIDA TELES





**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**  
 RUA HUMAITÁ, 290 - SANTA CRUZ DO JOSÉ JACQUES  
 CEP:14020-680 - RIBEIRAO PRETO - SP  
**TEL:(16)3993-9100 - Fax:(16)3993-9100**  
 CNPJ:04.274.988/0001-38 - IE:582.596.876.113  
 vendas@ativahosp.com.br Usuário:Marui

ORCAMENTO Nº 2724906

05 DE MAIO DE 2025

**Agente:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
(575)

**Contato:****Fantasia:****Cep:** 14180-000**Endereço:** R ANANIAS COSTA FREITAS,753**Telefone:** (16)99416-7261**Cidade:** PONTAL**Uf:** SP**Bairro:** CENTRO**E-mail:** [dpcompras@iscmpontal.com.br](mailto:dpcompras@iscmpontal.com.br)**Cnpj/Cpf:** 55.110.753/0001-41**IE/RG:** ISENT0**Produtos**

| Item | Código | Descrição                                                       | Emb. Padrão  | Un   | Qtd   | Unitário                    | Total  |
|------|--------|-----------------------------------------------------------------|--------------|------|-------|-----------------------------|--------|
| 0001 | 52075  | ÁGUA P/ INJ 10ML CX C/ 200 AP/FARMARIN                          | CX-200       | AP   | 1.000 | 0,2040                      | 204,00 |
|      |        | ÁGUA DESTILADA (ÁGUA P/ INJ) 10ML                               |              |      |       | Código MS:<br>1168800320183 |        |
| 0002 | 26816  | EPILENIL 250MG VO FR C/25 CAPS GEL MOLE/BIOLAB                  | EE-600       | CAPS | 150   | 0,3400                      | 51,00  |
|      |        | ÁCIDO VALPRÓICO 250MG                                           |              |      |       | Código MS:<br>1097400460023 |        |
| 0003 | 20404  | ADREN 0,1% (1MG/ML) SOL INJ 1ML CX C/ 100 AP/HIPOLABOR          | EE-2000      | AP   | 100   | 0,9600                      | 96,00  |
|      |        | HEMITARTARATO DE EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML SOL INJ 1ML     |              |      |       | Código MS:<br>1134300010016 |        |
| 0004 | 37822  | IPRATROPIO 0,25MG/ML (GEN) SOL P/ INAL 20ML PCT C/ 10/HIPOLABOR | EE-200       | FR   | 30    | 0,9700                      | 29,10  |
|      |        | BROMETO DE IPRATROPIO 0,25MG/ML SOL INAL 20ML                   |              |      |       | Código MS:<br>1134301620020 |        |
| 0005 | 39439  | CEFAZOLINA 1G PÓ SOL INJ (GEN) CT C/ 50 FA/ABL                  | EE-300       | FA   | 100   | 4,5200                      | 452,00 |
|      |        | CEFAZOLINA SÓDICA 1G PÓ P/ SOL INJ                              |              |      |       | Código MS:<br>1556200550031 |        |
| 0006 | 49498  | CEFTRIAXONA 1G (GEN) PÓ SOL INJ IV S/DIL CT C/ 50 FA/TEUTO      | CT-50        | FA   | 100   | 3,7800                      | 378,00 |
|      |        | CEFTRIAXONA SÓDICA 1G PÓ P/ SOL INJ IV S/ DIL                   |              |      |       | Código MS:<br>1037007120154 |        |
| 0007 | 32967  | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML CX C/ 200 AP/FARMACE                 | Paleta-57600 | AP   | 200   | 0,2300                      | 46,00  |
|      |        | CLORETO DE SÓDIO 0,9% (9MG/ML) SOL INJ IV 10ML                  |              |      |       | Código MS:<br>1108500010037 |        |
| 0008 | 56716  | GLICERINA C/SONDA (CLISTEROL) 12% 500ML CX C/ 20 FR/JP          | CX-20        | FR   | 20    | 6,9500                      | 139,00 |
|      |        | GLICERINA 12% (0,12G/ML) SOL RETAL 500ML C/ Sonda               |              |      |       | Código MS:<br>1049100110013 |        |
| 0010 | 40263  | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML (GEN) SOL OR 10ML PCT C/ 5 FR/FARMACE  | EE-100       | FR   | 20    | 1,1900                      | 23,80  |

|                                                            |       |                                                                   |         |    |       |        |                             |  |
|------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------|---------|----|-------|--------|-----------------------------|--|
| DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOL OR 10ML                       |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1108500300027 |  |
| 0011                                                       | 37830 | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML (GEN) SOL INJ 2ML CT C/ 100 AP/HIPOLABOR | EE-2000 | AP | 1.500 | 0,6000 | 900,00                      |  |
| DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOL INJ 2ML                       |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1134301200021 |  |
| 0012                                                       | 53519 | DRAMIN B6 DL SOL INJ 10ML CX C/ 100 AP/COSMED/HYPERA              | EE-600  | AP | 100   | 7,7600 | 776,00                      |  |
| DIMENIDRINATO+VIT B6+GLICOSE+FRUTOSE SOL INJ 10ML          |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1781709000045 |  |
| 0013                                                       | 55610 | ESPIRONOLACTONA 25MG (GEN) CT C/ 30 CP/GEOLAB                     | EE-1800 | CP | 60    | 0,2000 | 12,00                       |  |
| ESPIRONOLACTONA 25MG                                       |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1542302660049 |  |
| 0014                                                       | 49411 | FLUMAZENIL 0,5MG (0,1MG/ML) (GEN) SOL INJ 5ML IV CT C/5 AP/TEUTO  | EE-400  | AP | 5     | 5,4000 | 27,00                       |  |
| FLUMAZENIL 0,1MG/ML SOL INJ IV 5ML                         |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1037006350032 |  |
| 0015                                                       | 27885 | GLICOSE 50% SOL INJ IV 10ML CX C/ 200 AP/ISOFARMA                 | CX-200  | AP | 200   | 0,5300 | 106,00                      |  |
| GLICOSE 50% (500MG/ML) SOL INJ IV 10ML                     |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1031101670015 |  |
| 0016                                                       | 21040 | CORTISONAL 100MG PÓ INJ S/DIL CT C/ 50 FA/UNIAO QUIMICA           | EE-600  | FA | 50    | 2,8100 | 140,50                      |  |
| SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100MG PÓ LIOF INJ S/DIL |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1049700200094 |  |
| 0018                                                       | 55368 | HIDROCORTISONA 500MG PÓ INJ S/DIL (GEN) CX C/ 50 FA/BLAU          | EE-800  | FA | 100   | 4,0800 | 408,00                      |  |
| SUCCINATO SODICO DE HIDROCORTISONA 500MG PÓ LIOF INJ S/DIL |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1163701050039 |  |
| 0019                                                       | 55739 | ISOSSORBIDA 20MG (GEN) CT C/ 30 CP/BIOLAB                         | EE-1440 | CP | 30    | 0,2000 | 6,00                        |  |
| MONONITRATO-5 DE ISOSSORBIDA 20MG                          |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1097402650016 |  |
| 0020                                                       | 27635 | ISORDIL 10MG CT C/ 30 CP/EMS SIGMA PHARMA                         | EE-2520 | CP | 60    | 0,3100 | 18,60                       |  |
| DINITRATO DE ISOSSORBIDA 10MG                              |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1356900150025 |  |
| 0021                                                       | 48066 | MIDAZOLAM 50MG (5MG/ML) (GEN) SOL INJ 10ML CT C/ 50 AP/TEUTO      | EE-300  | AP | 50    | 2,5500 | 127,50                      |  |
| CLORIDRATO DE MIDAZOLAM 50MG (5MG/ML) SOL INJ 10ML         |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1037006360194 |  |
| 0022                                                       | 56778 | NISTATINA 100.000UI/ML SUSP ORAL 50ML (GEN) + CGT/TEUTO           | EE-100  | FR | 2     | 6,8500 | 13,70                       |  |
| NISTATINA 100.000UI/ML SUS OR 50ML                         |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1037004820015 |  |
| 0023                                                       | 55333 | OXACILIL 500MG PÓ P/ SOL INJ S/DIL CX C/ 50 FA/FRESENIUS          | EE-500  | FA | 400   | 4,5700 | 1.828,00                    |  |
| OXACILINA SÓDICA 500MG PÓ LIOF P/ SOL INJ S/DIL            |       |                                                                   |         |    |       |        | Código MS:<br>1004101790031 |  |
| 0024                                                       | 52657 | ONDANSETRONA 8MG SOL INJ 4ML (GEN) CX C/ 100 AP/HIPOLABOR         | EE-2000 | AP | 400   | 1,1050 | 442,00                      |  |



|                                                     |       |                                                                            |         |    |     |         |                             |  |
|-----------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|---------|----|-----|---------|-----------------------------|--|
| CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 8MG (2MG/ML) SOL INJ 4ML |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS:<br>1134301990022 |  |
| 0025                                                | 56307 | PARACETAMOL 200MG/ML SOL OR GTS 15ML CX C/ 100<br>FR/FARMACE               | CX-100  | FR | 100 | 1,4700  | 147,00                      |  |
| PARACETAMOL 200MG/ML SOL OR 15ML                    |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS: ISENT0           |  |
| 0026                                                | 54003 | ABIDOR 750MG CT C/ 200 CP/AIRELA                                           | EE-2000 | CP | 200 | 0,2000  | 40,00                       |  |
| PARACETAMOL 750MG                                   |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS: ISENT0           |  |
| 0027                                                | 48121 | CRISPRED 20MG CX C/ 200 CP/CRISTÁLIA                                       | EE-4800 | CP | 200 | 0,2800  | 56,00                       |  |
| PREDNISONA 20MG                                     |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS:<br>1029801510043 |  |
| 0028                                                | 53345 | PROMETAZOL 25MG/ML SOL INJ 2ML CT C/ 100<br>AP/HIPOLABOR                   | EE-2000 | AP | 100 | 3,3600  | 336,00                      |  |
| CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML SOL INJ 2ML       |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS:<br>1134302020061 |  |
| 0029                                                | 36797 | TRAMADOL 50MG/ML (GEN) SOL INJ 1ML IM/IV CT C/60<br>AP/TEUTO               | EE-840  | AP | 300 | 0,7300  | 219,00                      |  |
| CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG SOL INJ 1ML             |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS:<br>1037005020039 |  |
| 0030                                                | 20703 | TRIDIL 5MG/ML SOL INJ 10ML CT C/ 10 AP/CRISTÁLIA                           | EE-600  | AP | 10  | 39,4400 | 394,40                      |  |
| NITROGLICERINA 50MG (5MG/ML) SOL INJ IV 10ML        |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS:<br>1029801330053 |  |
| 0031                                                | 20641 | XYLESTESIN 2% (20MG/G) GELEIA TOP 30G CT C/ 10 BG +<br>10 APLIC./CRISTÁLIA | EE-360  | BG | 20  | 6,9000  | 138,00                      |  |
| CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% (20MG/G) GELE TOP 30G    |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS:<br>1029803570116 |  |
| 0032                                                | 36886 | XYLESTESIN 2% (20MG/ML) SOL INJ EST S/V 20ML CX C/<br>10 FA/CRISTÁLIA      | EE-200  | FA | 80  | 11,7800 | 942,40                      |  |
| CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 20MG/ML (2%) SOL INJ 20ML   |       |                                                                            |         |    |     |         | Código MS:<br>1029803570027 |  |

**Total Geral: R\$ 8.497,00**  
**\*\* OITO MIL E QUATROCENTOS E NOVENTA E SETE REAIS \*\***

**Observações:**

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

**Cond. Pagto:** 30

**Transportadora:** Cif -

**Validade Proposta:** 5 Dias da Abertura

MARUI  
**Vendedor:** ATIVA REGIÃO 16 - MARUÍ  
marui@ativahosp.com.br



**MEDCENTER COMERCIAL LTDA**  
Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges  
Pouso Alegre - MG - CEP 37550-000 - FONE: (35) 3449-1950  
CNPJ: 00.874.929/0001-40 - I.E 525.949584.0034  
www.medcentercomercial.com.br

Cotação # 391675

Cliente 14112 - IRMANDADE DA SANTA  
Região 35 - SAO PAULO  
Rating  
Limite de Crédito R\$ 5.000,00

Contato 14112.1 - LUCIA - COMPRAS / FINANCEIRO  
Cargo  
Telefone 991100279  
Setor

|                |                                 |                   |                            |          |        |
|----------------|---------------------------------|-------------------|----------------------------|----------|--------|
| Tipo Operação  | Receptivo                       | Data Cotacao      | 05/05/2025                 | Situação | VALIDA |
| Forma de Pagto | BL - BOLETO                     | Condição de Pagto | 10D - 10 DIAS - R\$ 300,00 |          |        |
| Operador       | 235 - BRUNA CRISTINA FONSECA DA | Períodos Vencdo   | 10                         |          |        |

| Seq. | # Item | Descrição                                                       | Quantidade Solicitada | Valor Unitário | Valor Total  |
|------|--------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|--------------|
| 1    | 381    | AGUA BI DESTILADA AMP 10ML FARMACE AP COM 1 AP                  | 1.000,000             | R\$ 0,2200     | R\$ 220,00   |
| 2    | 15970  | ADRENALINA 1/1000 1ML (EPINEFRINA)(S) VP HYPOFARMA AP COM 1 AP  | 100,000               | R\$ 1,07       | R\$ 107,00   |
| 3    | 12305  | AGUA OXIGENADA 10 VOL 100ML ALMOT. VIC PHARMA FR COM 1 FR       | 24,000                | R\$ 1,50       | R\$ 36,00    |
| 4    | 18121  | ATENOLOL 25MG COMP (G)/ VP SANDOZ CP COM 1 CP                   | 60,000                | R\$ 0,0500     | R\$ 3,00     |
| 5    | 17688  | IPRATROPIO BROMETO 0,25MG/ML 20ML(G)/ UNIAO QUIMICA FR COM 1 FR | 30,000                | R\$ 2,08       | R\$ 62,40    |
| 6    | 18504  | CEFAZOLINA SODICA 1 GR F/A (S) BLAU FR COM 1 FR                 | 100,000               | R\$ 4,62       | R\$ 462,00   |
| 7    | 16194  | CEFTRIAXONA 1 GR IV S/DIL (G) BLAU FR COM 1 FR                  | 100,000               | R\$ 4,10       | R\$ 410,00   |
| 8    | 2641   | CLORETO DE SODIO 0,9% 10 ML FARMACE AP COM 1 AP                 | 200,000               | R\$ 0,2400     | R\$ 48,00    |
| 9    | 1027   | CLOREXIDINA 0,2% 100 ML (AQUOSA) VIC PHARMA FR COM 1 FR         | 30,000                | R\$ 1,30       | R\$ 39,00    |
| 10   | 6373   | DIPIRONA 1GR AMP 2ML (S) FARMACE AP COM 1 AP                    | 1.500,000             | R\$ 0,6000     | R\$ 900,00   |
| 11   | 7643   | HIDROCORTISONA 100 MG F/A S/DIL (G) BLAU FR COM 1 FR            | 50,000                | R\$ 3,19       | R\$ 159,50   |
| 12   | 16397  | ISOSSORBIDA MONONITRATO 20MG COMP (G) VP BIOLAB CP COM 1 CP     | 30,000                | R\$ 0,1900     | R\$ 5,70     |
| 13   | 2561   | OXACILINA 500 MG F A S/DIL (SODICA) (S) BLAU FR COM 1 FR        | 400,000               | R\$ 3,99       | R\$ 1.596,00 |
| 14   | 508    | ONDANSETRONA 8MG AMP 4ML (G) VP HYPOFARMA AP COM 1 AP           | 400,000               | R\$ 1,03       | R\$ 412,00   |
| 15   | 1109   | VASELINA LIQUIDA 1000 ML VIC PHARMA LT COM 1 LT                 | 2,000                 | R\$ 31,20      | R\$ 62,40    |
| 16   | 911    | LIDOCAINA 2% GELEIA 30GR (S) VP BRAINFARMA TB COM 1 TB          | 100,000               | R\$ 7,62       | R\$ 762,00   |

|                   |              |               |            |             |              |
|-------------------|--------------|---------------|------------|-------------|--------------|
| Valor Total Itens | R\$ 5.285,00 | Valor Imposto | R\$ 0,0000 | Valor Total | R\$ 5.285,00 |
| Tipo Entrega      | Sem Frete    | Valor Frete   | R\$ 0,00   |             |              |

BRUNA CRISTINA FONSECA DA SILVA

( )

Observação

Observação





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

**CD SP**

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Orçamento: 2645599

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Bairro: CENTRO

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

|    | Descrição                                                                                   | Marca      | Qtd. | Cx. C/ | Vlr.Únit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | CD | Cód.Anvisa    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|-----------|---------|---------|-----------|----|---------------|
| 1  | 2815-AGUA PARA INJECAO 10ML C/200 AMP - 605 / 1210605                                       | EQUIPLEX   | 5    | 200    | 0,2077    | 41,55   | 0,00    | 207,75    | MG | 1177200240463 |
| 2  | 1661-EPINEFRINA (ADREN) 1MG C/100 AMP 1ML - IM/IV/SC - 10010003                             | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 0,9750    | 97,50   | 0,00    | 97,50     | SP | 1134300010016 |
| 3  | 2919-PEROX HIDROGENIO (AGUA OXIGENADA) 10VOL C/30 FR 100ML TWIST OFF - 0520100402           | RIOQUIMICA | 1    | 30     | 1,4333    | 43,00   | 0,00    | 43,00     | SP | ISENTO        |
| 4  | 720-IPRATROPIO [GEN] 0,25MG/ML FR 20ML - INAL - 10030002                                    | HIPOLABOR  | 30   | 1      | 1,2000    | 1,20    | 0,00    | 36,00     | SP | 1134301620020 |
| 5  | 2089-CEFAZOLINA [GEN] 1G C/50 F/A S/DIL - AD/PED - IM/IV 1302128-517512/1302128             | BIOCHIMICO | 2    | 50     | 4,6600    | 233,00  | 0,00    | 466,00    | SP | 1006302470020 |
| 6  | 1498-CEFTRIAXONA (AMPLOSPEC) 1G C/50 F/A PO S/DIL - AD/PED - IV - 1302001 / 513511          | BIOCHIMICO | 2    | 50     | 3,9600    | 198,00  | 0,00    | 396,00    | SP | 1006300030058 |
| 7  | 2816-CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML C/200 AMP PLAST - 623 / 1210623                             | EQUIPLEX   | 1    | 200    | 0,2150    | 43,00   | 0,00    | 43,00     | MG | 1177200010093 |
| 8  | 4690-CLOREXIDINA (SEPTHEX) 0,2% 100ML DERMO SUAVE SOL AQUOSA TWIST OFF - C/30 - 08720/04149 | PROLINK    | 1    | 30     | 1,2667    | 38,00   | 0,00    | 38,00     | SP | ISENTO        |
| 9  | 3875-GLICERINA (CLISTEROL) 12% 500ML C/20 FR+20 SONDAS - 0082                               | JP IND     | 1    | 20     | 8,4500    | 169,00  | 0,00    | 169,00    | SP | 1049100110013 |
| 10 | 5461-DIPIRONA [GEN] 1G 2ML C/100 AMP - IM/IV - 207                                          | SANTISA    | 15   | 100    | 0,5900    | 59,00   | 0,00    | 885,00    | SP | 1018600360022 |
| 11 | 5283-FLUMAZENIL (C1) [GEN] 0,1MG/ML 5ML C/5 AMP - IV - 7352                                 | TEUTO      | 1    | 5      | 5,2000    | 26,00   | 0,00    | 26,00     | MG | 1037006350032 |
| 12 | 5362-GLICOSE 50% 10ML C/200 AMP PLAST - 121.0659                                            | EQUIPLEX   | 1    | 200    | 0,5483    | 109,65  | 0,00    | 109,65    | MG | 1177200040146 |
| 13 | 1421-HIDROCORTISONA [GEN] 100MG C/50 F/A - AD/PED - IM/IV - PA8829                          | BLAU FARMA | 1    | 50     | 3,0220    | 151,10  | 0,00    | 151,10    | MG | 1163701050012 |





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

**CD SP**

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Orçamento: 2645599

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

|    | Descrição                                                                                      | Marca      | Qtd. | Cx. G/ | Vlr.Únit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | CD | Cód.Anvisa    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|-----------|---------|---------|-----------|----|---------------|
| 14 | 4589-LACTULOSE XPE 667MG/ML SABOR AMEIXA FR 120ML - AD/PED - ORAL - 0307207                    | NUTRIEX    | 15   | 1      | 8,5000    | 8,50    | 0,00    | 127,50    | SP | Suplemento    |
| 15 | 400-MIDAZOLAM (B1) [GEN] 50MG C/100 AMP 10ML - IM/IV/RT - 10010021                             | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 2,5700    | 257,00  | 0,00    | 257,00    | SP | 1134301430086 |
| 16 | 5444-ONDANSETRONA (NAUSEDRON) 8MG 4ML C/50 AMP - IM/IV - 70000320                              | CRISTALIA  | 8    | 50     | 1,3500    | 67,50   | 0,00    | 540,00    | SP | 1029801240097 |
| 17 | 3424-PREDNISONA (CRISPRED) 20MG C/200 COMP - 513252/70000410                                   | CRISTALIA  | 1    | 200    | 0,3350    | 67,00   | 0,00    | 67,00     | SP | 1029801510043 |
| 18 | 4246-PROMETAZINA (PROMETAZOL) 25MG/ML 2ML C/100 AMP - IM - 10010084                            | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 3,4300    | 343,00  | 0,00    | 343,00    | SP | 1134302020061 |
| 19 | 4422-TRAMADOL (A2) [GEN] 50MG 1ML C/100 AMP - IM/IV/SC - 10010027                              | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 1,1220    | 112,20  | 0,00    | 112,20    | MG | 1134301560036 |
| 20 | 830-NITROGLICERINA (TRIDIL) 50MG 10ML C/10 AMP - IV - 461130/70000245                          | CRISTALIA  | 1    | 10     | 36,6000   | 366,00  | 0,00    | 366,00    | SP | 1029801330053 |
| 21 | 2941-VASELINA LIQUIDA C/12 FR 1L - 0530301162                                                  | RIOQUIMICA | 1    | 12     | 39,5833   | 475,00  | 0,00    | 475,00    | SP | isento        |
| 22 | 839-LIDOCAINA 2% GEL (XYLESTESIN) 20MG/G - TUBO 30G C/10 BISN+APLIC ESTERIL - 410107/70000088  | CRISTALIA  | 2    | 10     | 5,5600    | 55,60   | 0,00    | 111,20    | SP | 1029803570116 |
| 23 | 851-LIDOCAINA 2% S/VASO (XYLESTESIN) 20MG/ML - 20ML C/10 F/A - STERILE PACK - 411106/ 70000106 | CRISTALIA  | 8    | 10     | 7,8800    | 78,80   | 0,00    | 630,40    | SP | 1029803570027 |





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

**CD SP**

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Orçamento: 2645599

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

05/05/2025

Observação: COT 1459

MG - CNPJ: 11.872.656/0001-10: R\$ 649.7

SP - CNPJ: 11.872.656/0002-00: R\$ 5047.6

TOTAL: 5.697,30

Vendedor: JOAOH

Condição de pagamento: 28

Tel.: 34 32215300

Validade da proposta: 12/05/2025

Agradecemos a preferência !

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3472 / 1292 / 000577518142-1**Conta destino:** 3472 / 1292 / 000577518071-9**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 223.287,41**Data de débito:** 10/06/2025**Data/hora da operação:** 10/06/2025 12:08:57**Código da operação:** 274500958**Chave de segurança:** YJ0VEC5AA1UR79Z2**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





## 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

---

Pontal, 10 de junho de 2025

Ao Setor de Prestação de Contas

A Santa Casa de Misericórdia de Pontal, vem por meio deste justificar que na data de 10/06/2025, devolvemos o valor de R\$ 223.287,41 referente ao empréstimo feito da conta de recurso próprio (071-9) para a conta do Convênio 13.2022 (142-1).

Nos meses anteriores, a Prefeitura não enviou os valores devidos aos Convênios e para conseguir efetuar pagamento de folha e fornecedores, fizemos a transferência da conta de recurso próprio da Santa Casa para assim conseguir efetuar os pagamentos sem atraso e sem juros de cobrança

Após o pagamento dos recursos da Prefeitura que estavam atrasados, conseguimos devolver o dinheiro emprestado, realizado na data de 10/06/2025

Coloco-me à disposição para quaisquer informações adicionais.

Atenciosamente,

Tamyris Rodrigues  
**Gerente administrativo**

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

*Quem do alto***Conta origem:** 3472 / 1292 / 000577518142-1**Conta destino:** 3472 / 1292 / 000577064836-4**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 800,00**Data de débito:** 10/06/2025**Data/hora da operação:** 10/06/2025 12:11:28**Código da operação:** 277849269**Chave de segurança:** 0GJ3JMSHCZPAHX84**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

*Empréstimo consignado*

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| Conta origem:  | 3472 / 1292 / 000577518142-1 |
| Conta destino: | 3472 / 1292 / 000577064836-4 |

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário:   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Quantidade de vezes: |                                |
| Valor:               | R\$ 1.323,08                   |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data de débito:        | 10/06/2025          |
| Data/hora da operação: | 10/06/2025 12:11:10 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 277777730        |
| Chave de segurança: | WUJ4CZFY627WWQHZ |

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

Funerária

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| Conta origem:  | 3472 / 1292 / 000577518142-1 |
| Conta destino: | 3472 / 1292 / 000577064836-4 |

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário:   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Quantidade de vezes: |                                |
| Valor:               | R\$ 39,78                      |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data de débito:        | 10/06/2025          |
| Data/hora da operação: | 10/06/2025 12:10:46 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 277751382        |
| Chave de segurança: | 323VVRE36FTV160Y |

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

Sermed Saúde

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| Conta origem:  | 3472 / 1292 / 000577518142-1 |
| Conta destino: | 3472 / 1292 / 000577064836-4 |

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário:   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Quantidade de vezes: |                                |
| Valor:               | R\$ 816,18                     |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data de débito:        | 10/06/2025          |
| Data/hora da operação: | 10/06/2025 12:10:24 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 277664620        |
| Chave de segurança: | 62H53HF29QZQUT86 |

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

*Seguro de vida***Conta origem:** 3472 / 1292 / 000577518142-1**Conta destino:** 3472 / 1292 / 000577064836-4**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 267,99**Data de débito:** 10/06/2025**Data/hora da operação:** 10/06/2025 12:10:05**Código da operação:** 277585125**Chave de segurança:** PRSC0N2MCWR5KVLS**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

Flavio Adenito

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| Conta origem:  | 3472 / 1292 / 000577518142-1 |
| Conta destino: | 3472 / 1292 / 000577064836-4 |

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário:   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Quantidade de vezes: |                                |
| Valor:               | R\$ 256,27                     |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data de débito:        | 10/06/2025          |
| Data/hora da operação: | 10/06/2025 12:09:41 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 277534122        |
| Chave de segurança: | Z44LEYJRR5USM8PX |

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

Simplioto

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| Conta origem:  | 3472 / 1292 / 000577518142-1 |
| Conta destino: | 3472 / 1292 / 000577064836-4 |

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário:   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Quantidade de vezes: |                                |
| Valor:               | R\$ 210,00                     |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data de débito:        | 10/06/2025          |
| Data/hora da operação: | 10/06/2025 12:09:19 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 277493170        |
| Chave de segurança: | 9AHAU8SCWC2ZCGA9 |

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 Bolet

Via Internet Banking CAIXA

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Banco Recebedor:        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| Pagador Final / Efetivo |                                |
| CPF/CNPJ:               | 55.110.753/0001-41             |
| Nome:                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Representação numérica do código de barras: | 75691.32140 01369.899800 01547.920015 1 11120000085041 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco:       | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.                       |
| Código do Banco:                            | 756                                                    |
| Código do ISPB:                             | 02038232                                               |
| Beneficiário original / Cedente             |                                                        |
| Nome Fantasia:                              | LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA          |
| Nome/Razão Social:                          | LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA          |
| CPF/CNPJ:                                   | 49.228.695/0001-52                                     |
| Pagador Sacado                              |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | SC PONTAL                                              |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Data do Vencimento:               | 14/06/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 10/06/2025 |
| Valor Nominal do Bolet            | 850,41     |
| Juros (R\$):                      | 0,00       |
| IOF (R\$):                        | 0,00       |
| Multa (R\$):                      | 0,00       |
| Desconto (R\$):                   | 0,00       |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00       |
| Valor Calculado (R\$):            | 850,41     |
| Valor Pago (R\$):                 | 850,41     |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 10/06/2025 11:46:48 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 48050794791      |
| Chave de segurança: | LL5TWUFEQW6FR3T7 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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



Lumar Comércio de Produtos Farmacêuticos Ltda

Av. Wilson Bego, 745  
Distrito Industrial Franca - SP  
CEP: 14406-091 Fone: (16) 37211102

## DANFE

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº: 000.273.238

SÉRIE: 0 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3525 0549 2286 9500 0152 5500 0000 2732 3811 9636 2820

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

13/00

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135251290323611 15/05/2025 09:40:17

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
310049440111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

49.228.695/0001-52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal

CNPJ / CPF

55.110.753/0001-41

DATA DE EMISSÃO

15/05/2025

ENDEREÇO

Rua Ananias Costa Freitas, 753

BAIRRO

Centro

CEP

14180-000

DATA DE SAÍDA

15/05/2025

MUNICÍPIO  
Pontal

FONE / FAX

(16)3953-9100

ESTADO

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATAS

| Número | Vencido    | Valor  |
|--------|------------|--------|
| 001    | 14/06/2025 | 850.41 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                   |                 |                         |                                     |                              |                                      |
|-----------------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>850,41 |                 | VALOR DO ICMS<br>106,55 | BASE CÁLCULO DO ICMS SUBST.<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBST.<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>850,41   |
| VALOR DO FRETE<br>0,00            | VALOR DO SEGURO | DESCONTO<br>0,00        | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS<br>0,00     | VALOR DO IPI                 | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>850,41 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                              |                     |       |                                                 |   |                    |               |          |                                    |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|-------|-------------------------------------------------|---|--------------------|---------------|----------|------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>NIKKEY RIO PRETO LOG.E TRANSP.LTDA-ME |                     |       | FRETE POR CONTA<br>0-EMITENTE<br>1-DESTINATÁRIO | 0 | CODIGO ANTT        | PLACA VEÍCULO | UF       | CNPJ                               |
| ENDEREÇO<br>RUA MARIA CERON VOLPE, 2260                      |                     |       | MUNICÍPIO<br>SÃO JOSÉ DO RIO PRETO              |   |                    |               | UF<br>SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>647598751114 |
| QUANTIDADE<br>1                                              | ESPÉCIE<br>Caixa(s) | MARCA | NUMERAÇÃO                                       |   | PESO BRUTO<br>7,70 |               |          | PESO LIQUIDO<br>0,00               |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| COD PROD | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                                                             | NCM/SH     | CST | CFOP | UNID | QUANT. | VALOR<br>UNITÁRIO | VALOR<br>TOTAL | VALOR<br>DESC. | BASE CALC.<br>ICMS | VALOR<br>ICMS | VALOR<br>IPI | ALÍQUOTAS<br>ICMS | IPI  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|------|------|--------|-------------------|----------------|----------------|--------------------|---------------|--------------|-------------------|------|
| 022945   | FENITOINA 100MG EV.20CP(G)(C1)TEUTO<br>Lote:14581338 Qtde: 2 Venc: 31/12/2026              | 3004.90.65 | 000 | 5102 | ENV  | 2,00   | 4,5000            | 9,00           | 0,00           | 9,00               | 1,08          | 0,00         | 12,00             | 0,00 |
| 046034   | DESLORATADINA 0,5MG/ML XPE.60ML(G) DAMASCO<br>Lote:4E8027 Qtde: 10 Venc: 31/07/2026        | 3004.90.69 | 500 | 5102 | FR   | 10,00  | 5,6000            | 56,00          | 0,00           | 56,00              | 6,72          | 0,00         | 12,00             | 0,00 |
| 051632   | BUTILBROMETO ESC.+DIPIRONA AP.5ML(G)(H)<br>Lote:H-049/24 Qtde: 400 Venc: 30/09/2026        | 3004.90.99 | 500 | 5102 | AMP  | 400,00 | 1,5300            | 612,00         | 0,00           | 612,00             | 73,44         | 0,00         | 12,00             | 0,00 |
| 052628   | LOSARTANA POTASSICA 50MG EV.30CP (G)(H)<br>Lote:24E070 Qtde: 2 Venc: 30/04/2026            | 3004.90.69 | 300 | 5102 | ENV  | 2,00   | 1,8000            | 3,60           | 0,00           | 3,60               | 0,43          | 0,00         | 12,00             | 0,00 |
| 057599   | FOSF.SOD.PREDNIS.3MG/ML 60ML(G)(H)<br>Lote:1265/24 Qtde: 19 Venc: 30/08/2026               | 3004.39.99 | 500 | 5102 | FR   | 19,00  | 4,9900            | 94,81          | 0,00           | 94,81              | 11,38         | 0,00         | 12,00             | 0,00 |
| 064913   | CYSTEIN(ACETILCISTEINA)600MG LARANJA 1ENV.5G(H)<br>Lote:0324002 Qtde: 100 Venc: 30/03/2026 | 2106.90.30 | 000 | 5102 | SCH  | 100,00 | 0,7500            | 75,00          | 0,00           | 75,00              | 13,50         | 0,00         | 18,00             | 0,00 |

ATENÇÃO  
SAC

RECLAMAÇÕES e/ou DEVOLUÇÕES

Serão aceitas se efetuadas em até  
48 horas após entrega.

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lista Positiva 107,41 Lista Negativa 743,00  
Tele vendas SELMA DOS SANTOS CINTRA - Conferente Danilo Henrique da Silva - End. Conf. b  
Local Entrega Rua Ananias Costa Freitas, 753 Bairro Centro  
PEDIDO 6892 - TERMO DE CONVENIO N 013/2022 T.A N 10/2025

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO: *[assinatura]*  
DATA 16/05/25  
Farmácia  
Santa Casa de Pontal

Cliente: 529 Pedido: 639039

Impresso em 15/05/2025 09:43:25 por Ana Cláudia Cavalcante

e-mail: [nfe@lumarfranca.com.br](mailto:nfe@lumarfranca.com.br) - [www.lumarfranca.com.br](http://www.lumarfranca.com.br)





|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                    |                                                     |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Beneficiário<br><b>LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA</b><br><b>WILSON BEGO - 745</b><br><b>DISTRITO INDUSTRIAL ANTONIO DE</b><br><b>FRANCA - SP</b>                                                                                                                  |  | 49.228.695/0001-52 | Vencimento<br><b>14/06/2025</b>                     | Valor do Documento<br><b>850,41</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 14406-091          | (+) Outros acréscimos                               | (+) Mora / Multa                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                    | (-) Desconto / Abatimento                           | (-) Outras deduções                 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br><b>A partir 15/06/2025 Juros 0,12%/dia.</b><br><b>A partir 15/06/2025 Multa de 2%.</b><br><b>Não conceder desconto.</b><br><b>Protesto no 5º dia corrido após Venc.</b><br><b>DEPOSITO / PIX NÃO QUITA ESSE BOLETO</b> |  |                    | Data de Emissão<br><b>15/05/2025</b>                | (=) Valor cobrado                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                    | Coop Contr/Cód. Beneficiário<br><b>3214/3698998</b> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                    | Nosso Número<br><b>15479-2</b>                      |                                     |

## Dados do Pagador

|                                                   |  |  |                                      |                         |
|---------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|
| Nome do pagador<br><b>SC PONTAL</b>               |  |  | Número do Documento<br><b>273238</b> |                         |
| Endereço<br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753</b> |  |  |                                      |                         |
| Bairro / Distrito<br><b>CENTRO</b>                |  |  |                                      |                         |
| Município<br><b>PONTAL</b>                        |  |  | UF<br><b>SP</b>                      | CEP<br><b>14180-001</b> |
| Mensagem Pagador                                  |  |  |                                      |                         |

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.32140 01369.899800 01547.920015 1 11120000085041

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                       |                           |                                         |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Local de pagamento<br><b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                       |                           |                                         | Vencimento<br><b>14/06/2025</b>                                  |
| Beneficiário<br><b>LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA</b><br><b>49.228.695/0001-52</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                       |                           |                                         | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário<br><b>3214/3698998</b> |
| Data do documento<br><b>15/05/2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N. documento<br><b>273238</b> | Espécie<br><b>DM</b>  | Aceite<br><b>N</b>        | Data processamento<br><b>15/05/2025</b> | Nosso número<br><b>15479-2</b>                                   |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Carteira<br><b>1</b>          | Espécie<br><b>R\$</b> | Quantidade<br><b>0,00</b> | Valor                                   | Valor documento<br><b>850,41</b>                                 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br><b>A partir 15/06/2025 Juros 0,12%/dia.</b><br><b>A partir 15/06/2025 Multa de 2%.</b><br><b>Não conceder desconto.</b><br><b>Protesto no 5º dia corrido após Venc.</b><br><b>DEPOSITO / PIX NÃO QUITA ESSE BOLETO</b><br><br>EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB<br>COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED |                               |                       |                           |                                         | (-) Desconto / Abatimento                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                       |                           |                                         | (-) Outras deduções                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                       |                           |                                         | (+) Mora / Multa                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                       |                           |                                         | (+) Outros acréscimos                                            |
| Pagador<br><b>SC PONTAL</b><br><b>RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753</b><br><b>CENTRO</b><br><b>PONTAL - SP</b><br><b>Beneficiário final</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                       |                           |                                         | (=) Valor cobrado                                                |



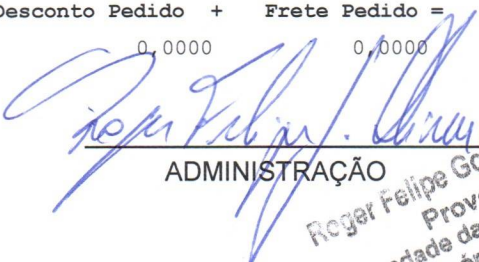
Autenticação mecânica - Ficha de compensação

|                                               |                                    |                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| SIH-R<HCOMP0004>                              | Emissão 14/05/2025 15:06           | No. Página<br>1    |
| Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL |                                    | No. Pedido<br>6892 |
| CNPJ: 55.110.753/0001-41                      |                                    |                    |
| FAX:                                          | Email: dpcompras@iscmpontal.com.br |                    |
| <b>Pedido de Compra</b>                       |                                    |                    |

|                                                     |                                                       |                                |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                                | Fornecedor: 39 - LUMAR COM DE PROD FARMACEUTICOS LTDA | Data Ped: 14/05/2025           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                    | Cond.Pagto: 30 DIAS                                   | Dt Env. Forn:                  |
| Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA                       | Status do pedido: Não Entregou                        |                                |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)  | Situação do Item                                      | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) |
| Centro de Custo                                     | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =               | Vlr.Total                      |
| Observação do Pedido                                | TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025        |                                |
| 4124- 2 PREDNISOLONA, FOSF 3MG/ML 60ML-FRASCO 60ML- | Não Entregou                                          |                                |
| (4) FARMÁCIA                                        | 19,0000 4,9900 0,0000 0,0000                          | 94,8100                        |
| Complemento do item                                 |                                                       |                                |
| 10388- 1 ACETILCISTEINA 600MG PO ENVELOPE-          | Não Entregou                                          |                                |
| (4) FARMÁCIA                                        | 100,0000 0,7500 0,0000 0,0000                         | 75,0000                        |
| Complemento do item                                 |                                                       |                                |
| 19781- 2 DESLORATADINA 0,5 MG/ML XPE 60ML -FRASCO   | Não Entregou                                          |                                |
| (4) FARMÁCIA                                        | 10,0000 5,6000 0,0000 0,0000                          | 56,0000                        |
| Complemento do item                                 |                                                       |                                |
| 23048- 1 BUTIL. DE ESCOPOLAMINA+ DIPIRONA AMP 5ML   | Não Entregou                                          |                                |
| (4) FARMÁCIA                                        | 400,0000 1,5300 0,0000 0,0000                         | 612,0000                       |
| Complemento do item                                 |                                                       |                                |
| 23784- 1 FENITOINA 100MG CP-CPR-                    | Não Entregou                                          |                                |
| (4) FARMÁCIA                                        | 40,0000 0,2250 0,0000 0,0000                          | 9,0000                         |
| Complemento do item                                 |                                                       |                                |
| 30624- 1 LOSARTAN POTASSICA 50MG CP-CPR-            | Não Entregou                                          |                                |
| (4) FARMÁCIA                                        | 60,0000 0,0600 0,0000 0,0000                          | 3,6000                         |
| Complemento do item                                 |                                                       |                                |

|                   |                            |                   |                |                 |
|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Totais:           | Total Bruto dos itens:     | 850,4100          |                |                 |
|                   | Total Descontos dos itens: | 0,0000            |                |                 |
|                   | Total IPI dos itens:       | 0,0000            |                |                 |
| Total dos Itens + | Encargo Pedido -           | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 850,4100          | 0,0000                     | 0,0000            | 0,0000         | 850,4100        |

  
Lucimar de O. Flores  
Dep. de Compras  
Santa Casa de Pontal

  
ADMINISTRAÇÃO  
Roger Felipe Gomes Oliveira  
Provedor  
Irmandade da Santa Casa de  
Misericórdia de Pontal



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Rua Ananias Costa Freitas, 753

Pontal - SP

Orçamento: 95384

Data: 14/05/2025

Nr. Controle:

Proc. Cliente:

1467

| Item | Quant. | Unid. | Produto  <br>Nome Genérico<br>Nome Comercial                                                                                                                                                                                                                          | Marca          | Unit.   | Total    |
|------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|----------|
| 1    | 100    | UND   | ACETILCISTEINA<br>CYSTEIN(ACETILCISTEINA)600MG LARANJA 1ENV.5G(H) Dosagem: 600MG<br>Apresentação Cotada: 1 UND Apresentação Comercial: CX 50 SCH 1 UND<br>Observação: VALIDADE 03/2026<br>Unit: setenta e cinco centavos<br>Total: setenta e cinco reais              | LAPON          | 0,7500  | 75,00    |
| 2    | 600    | AMP   | BROMOPRIDA<br>BROMOPRIDA 10MG/2ML AP.2ML(G)(H) Dosagem: 10mg/2ml<br>Apresentação Cotada: AMP 2 ML Apresentação Comercial: CX 50 AMP 2 ML<br>Unit: um real e quarenta e cinco centavos<br>Total: oitocentos e setenta reais                                            | WASSER         | 1,4500  | 870,00   |
| 3    | 100    | AMP   | BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)<br>BUTILBROMETO ESCOP.20MG AP.1ML(G)(H) Dosagem: 20MG/ML<br>Apresentação Cotada: AMP 1 ML Apresentação Comercial: CX 100 AMP 1 ML<br>Unit: um real e trinta centavos<br>Total: cento e trinta reais                           | FARMACE        | 1,3000  | 130,00   |
| 4    | 400    | AMP   | BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA (HIOSCINA) + DIPIRONA SODICA<br>BUTILBROMETO ESC.+DIPIRONA AP.5ML(G)(H) Dosagem:<br>Apresentação Cotada: AMP 5 ML Apresentação Comercial: CX 100 AMP 5 ML<br>Unit: um real e cinquenta e três centavos<br>Total: seiscentos e doze reais | HIPOLABOR      | 1,5300  | 612,00   |
| 5    | 20     | CP    | CETOPROFENO<br>CETOPROFENO 100MG 20CP.LIB.PROL(G)(*)MEDLEY Dosagem: 100MG<br>Apresentação Cotada: 1 CP Apresentação Comercial: CX 20 CP<br>Unit: um real e vinte centavos<br>Total: vinte e quatro reais                                                              | SANOFI MEDLEY  | 1,2000  | 24,00    |
| 6    | 120    | BSA   | CIPROFLOXACINO<br>CIPROFLOXACINO 2MG/ML BOLSA 100ML(G) Dosagem: 200MG<br>Apresentação Cotada: BSA 100 ML Apresentação Comercial: CX 60 BSA 100 ML<br>Unit: dez reais e vinte e nove centavos<br>Total: um mil, duzentos e trinta e quatro reais e oitenta centavos    | HALEX ISTAR GO | 10,2900 | 1.234,80 |
| 7    | 10     | FR    | DESCLORATADINA<br>DESCLORATADINA 0,5MG/ML XPE.60ML(G) DAMASCO Dosagem: 0,5MG/ML<br>Apresentação Cotada: FR 60 ML Apresentação Comercial: FR 60 ML<br>Unit: cinco reais e sessenta centavos<br>Total: cinquenta e seis reais                                           | GERMED         | 5,6000  | 56,00    |
| 8    | 600    | AMP   | DEXAMETASONA<br>FOSF.DEXAMETASONA 4MG/ML APX2,5ML IM/IV(G) Dosagem: 4MG/2,5ML<br>Apresentação Cotada: AMP 2,5 ML Apresentação Comercial: CX 50 AMP 2,5 ML<br>Unit: um real e vinte e oito centavos<br>Total: setecentos e sessenta e oito reais                       | HYPOFARMA      | 1,2800  | 768,00   |
| 9    | 100    | AMP   | DICLOFENACO SODICO<br>DICLOFENACO SODICO 75MG AP.3ML(G)(H) Dosagem: 25MG/ML<br>Apresentação Cotada: AMP 3 ML Apresentação Comercial: CX 100 AMP 3 ML<br>Observação: VALIDADE 04/2026<br>Unit: noventa e dois centavos<br>Total: noventa e dois reais                  | HYPOFARMA      | 0,9200  | 92,00    |
| 10   | 40     | CP    | FENITOINA<br>FENITOINA 100MG EV.20CP(G)(C1)TEUTO Dosagem: 100MG<br>Apresentação Cotada: 1 CP Apresentação Comercial: CX 100 ENV 20 CP<br>Unit:<br>Total: nove reais                                                                                                   | TEUTO (GO)     | 0,2250  | 9,00     |

1467

| Item                       | Quant. | Unid. | Produto  <br>Nome Genérico<br>Nome Comercial                                                                                                                                                                                                                                          | Marca             | Unit.  | Total    |
|----------------------------|--------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|----------|
| 11                         | 8      | CP    | IVERMECTINA<br>LEVERCTIN (IVERMECTINA) 6MG 4CP Dosagem: 6MG<br>Apresentação Cotada: 1 CP Apresentação Comercial: CX 4 CP<br>Unit: sessenta centavos<br>Total: quatro reais e oitenta centavos                                                                                         | EMS S/A           | 0,6000 | 4,80     |
| 12                         | 15     | CP    | LORATADINA<br>LORATAMED(LORATADINA) 10MG EV.15CP(H) Dosagem: 10mg<br>Apresentação Cotada: 1 CP Apresentação Comercial: CX 24 ENV 15 CP<br>Observação: VALIDADE 02/2026<br>Unit:<br>Total: um real e cinquenta e sete centavos                                                         | CIMED             | 0,1050 | 1,57     |
| 13                         | 60     | CP    | LOSARTANA<br>LOSARTANA POTASSICA 50MG EV.30CP (G)(H) Dosagem: 50MG<br>Apresentação Cotada: 1 CP Apresentação Comercial: CX 32 ENV 30 CP<br>Observação: VALIDADE 04/2026<br>Unit: seis centavos<br>Total: três reais e sessenta centavos                                               | PRATI-DONADUZZI   | 0,0600 | 3,60     |
| 14                         | 19     | FR    | FOSFATO SODICO DE PREDNISOLONA<br>FOSF.SOD.PREDNIS.3MG/ML 60ML(G)(H) Dosagem: 3MG/ML<br>Apresentação Cotada: FR 60 ML Apresentação Comercial: CX 50 FR 60 ML<br>Unit: quatro reais e noventa e nove centavos<br>Total: noventa e quatro reais e oitenta e um centavos                 | HIPOLABOR         | 4,9900 | 94,81    |
| 15                         | 60     | CP    | SINVESTATINA<br>SINVESTATINA 20MG 30CP(G) Dosagem: 20MG<br>Apresentação Cotada: 1 CP Apresentação Comercial: CX 200 CX 30 CP<br>Observação: VALIDADE 31/07/2025<br>Unit:<br>Total: seis reais e vinte centavos                                                                        | GLOBO             | 0,1033 | 6,20     |
| 16                         | 100    | AMP   | ACIDO TRANEXAMICO<br>TRANSAMIN(AC.TRANEXAMICO) C/5 AP.5ML Dosagem: 50MG/ML<br>Apresentação Cotada: 1 AMP Apresentação Comercial: CX 108 CX 5 AMP<br>Observação: VALIDADE 30/01/2026<br>Unit: quatro reais e cinquenta e nove centavos<br>Total: quatrocentos e cinquenta e nove reais | ZYDUS NIKKHO (RJ) | 4,5900 | 459,00   |
| 17                         | 30     | CP    | SUCCINATO METOPROLOL<br>SUCCINATO METOPROLOL 50MG 30CP LP(G) Dosagem: 50MG<br>Apresentação Cotada: 1 CP Apresentação Comercial: CX 60 CX 30 CP<br>Unit:<br>Total: quatorze reais e cinquenta e cinco centavos                                                                         | ACCORD            | 0,4850 | 14,55    |
| VALOR TOTAL DO ANEXO ----> |        |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |        | 4.455,33 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             |                                           |                                 |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| <b>Valores Expressos em Reais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             | <b>VALOR GLOBAL DA PROPOSTA -----&gt;</b> |                                 | <b>4.455,33</b> |
| <b>Valor por Extenso</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | quatro mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais e trinta e três centavos |                                           |                                 |                 |
| <p align="center"><b>ATENÇÃO !!! - Condição especial desta proposta:</b></p> <p>1 - Esta proposta está condicionada à análise de crédito do cliente.</p> <p>2 - Qualquer emissão de Autorização de Fornecimento - AF ou empenho deverá proceder de consulta ao nosso Departamento Financeiro.</p> <p>3 - Considerar, quando existente, o conteúdo do campo Observação em cada item da proposta.</p> <p>4 - Na eventualidade de ocorrência de entrega parcial dos produtos, será solicitada a emissão de uma nova Autorização de Fornecimento ou empenho.</p> <p>5 - As quantidades a serem solicitadas em eventuais requisições de itens, decorrentes desta proposta, deverão ser adequadas (a maior ou a menor), tornando-as compatíveis com a apresentação da embalagem fornecida pelo fabricante proposto, nela referida, evitando-se fracionamentos não permitidos pela legislação vigente.</p> |                                                                             |                                           |                                 |                 |
| <b>Validade da Proposta</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Condições de Pagamento</b>                                               | <b>Banco para Pagamento</b>               | <b>Conta para Pagamento</b>     |                 |
| 5 Dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 30 DIAS                                                                     | BANCO DO BRASIL - CONTA                   | AG.: 6520-X C/C.: 104069-3      |                 |
| <b>Validade dos Produtos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Prazo de Entrega</b>                                                     | <b>Faturamento Mínimo</b>                 | <b>Procedência dos Produtos</b> |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ATÉ 5 DIAS                                                                  | 800,00                                    | NACIONAL                        |                 |
| <b>Local de Entrega --&gt;</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |                                           |                                 |                 |
| <p align="center">Carimbo Padronizado do CNPJ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>49 228 695/0001-52</b> </div> <p><b>LUMAR COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA</b></p> <p>Av. Wilson Bego Nº 745</p> <p>Distrito Industrial CEP 14406-091</p> <p><b>FRANCA - SP</b></p> </div> <div style="width: 55%;"> <p>Franca, 14/05/2025</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin-top: 20px;"/> <p align="right"><b>Lumar Comércio de Produtos Farmacêuticos Ltda</b></p> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                             |                                           |                                 |                 |



## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUÍ / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

www.futuramedicamentos.com.br

Cotação no.: 1.429.571 Tatuí, 14/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

Telefone: (16) 039531716

Fax:

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail financeiro@iscmpontal.com.br

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

| PRODUTO                                                           | FABRICANTE    | UNID. | QUANTIDADE | PREÇO R\$  | QUANT.POR CX | PREÇO.UNIT. | TOTAL R\$ |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|-------|------------|------------|--------------|-------------|-----------|
| 54202 ACETILCISTEINA 600MG/5G GRAN CX C/16 ENV "GENERIC"O         | EMS           | CX    | 7          | 12,350000  | 16           | 0,771900    | 86,45     |
| 574705 AMOXIG+AC.CLAV 200MG INJ PO EV CX C/20 FA "GENERIC"O       | BLAU          | CX    | 5          | 192,700000 | 20           | 9,635000    | 963,50    |
| 568851 BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML IM/IVCX C/50 AMP "GENERIC"O          | FRESENIUS/NOV | CX    | 12         | 57,990000  | 50           | 1,159800    | 695,88    |
| 569165 BUTILBROMETO ESCOPOLAMINA 20MG/ML INJ 1ML C/100 "GENERIC"O | HIPOLABOR     | CX    | 1          | 117,200000 | 100          | 1,172000    | 117,20    |
| 566913 ESCETAMINA 50MG/ML 2ML C/25 AMP "KETAMIN NP" (C1)          | CRISTALIA     | CX    | 1          | 415,600000 | 25           | 16,624000   | 415,60    |
| 23741 CETOPROFENO 50MG C/24 CPS "GENERIC"O                        | EMS           | CX    | 1          | 6,350000   | 24           | 0,264600    | 6,35      |
| 569713 CIPROFLOXACINO 2MG/ML 100ML CX C/80FR "FRESEFLOX"          | FRESENIUS     | CX    | 2          | 567,000000 | 80           | 7,087500    | 1.134,00  |
| 53093 CLONAZEPAM 2,5MG/ML SOL 20ML "GENERIC"O (B1)                | GEOLAB        | FR    | 10         | 2,150000   | 1            | 2,150000    | 21,50     |
| 574382 DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5MLCX C/120 AMP "GENERIC"O           | TEUTO BRASILE | CX    | 5          | 106,600000 | 120          | 0,888300    | 533,00    |
| 568834 FENITOINA 100MG C/200 CMP "FENITAL" (C1)                   | CRISTALIA     | CX    | 1          | 58,800000  | 200          | 0,294000    | 58,80     |
| 568566 HEPARINA SODICA 5.000UI 0,25ML CX C/25AMP "HEMOFOL"        | CRISTALIA     | CX    | 8          | 147,700000 | 25           | 5,908000    | 1.181,60  |
| 27551 MUCOPOLISSACARIDEO 5MG/G 40G "TOPCOID"                      | UNIAO QUIMICA | TB    | 10         | 15,150000  | 1            | 15,150000   | 151,50    |
| 569413 LORATADINA 10MG CX C/360 "LORATAMED"                       | CIMED         | CX    | 1          | 40,300000  | 360          | 0,111900    | 40,30     |
| 574553 SINVASTATINA 20MG C/30 CMP "GENERIC"O                      | GLOBO         | CX    | 2          | 3,250000   | 30           | 0,108300    | 6,50      |
| 574816 ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML 5ML INJ CX C/ 5 AM "TRANSAMIN"   | ZYDUS DO BRAS | CX    | 20         | 21,000000  | 5            | 4,200000    | 420,00    |
| 572118 SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG CMP REV CX C/30 "DOZOITO"     | BIOLAB        | CX    | 1          | 14,650000  | 30           | 0,488300    | 14,65     |





## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

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

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: [vendas6@futuramedicamentos.com.br](mailto:vendas6@futuramedicamentos.com.br)

**Cotação no.:** 1.429.571 Tatuí, 14/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716 Fax:

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL  
PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail [financeiro@iscmpontal.com.br](mailto:financeiro@iscmpontal.com.br)

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO 14180-000

Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

QTDE.ITENS: 16

TOTAL DO PEDIDO: R\$ 5.846,83

**PRAZO DE ENTREGA:** 1 dias

**VALIDADE DA PROPOSTA:** 3 dias

OBSERVAÇÕES:

DANIELE CRISTINE DE ALMEIDA TELES



**MEDCENTER COMERCIAL LTDA**  
Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges  
Pouso Alegre - MG - CEP 37550-000 - FONE: (35) 3449-1950  
CNPJ: 00.874.929/0001-40 - I.E 525.949584.0034  
www.medcentercomercial.com.br

**Cotação # 393116**

Cliente 14112 - IRMANDADE DA SANTA  
Região 35 - SAO PAULO  
Rating  
Limite de Crédito R\$ 5.000,00

Contato 14112.1 - LUCIA - COMPRAS / FINANCEIRO  
Cargo  
Telefone 991100279  
Setor

|                                        |        |                                                                |              |                                                |                 |                          |
|----------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| Limite de crédito R\$ 500,00           |        | Tipo Operação Receptivo                                        |              | Data Cotacao 14/05/2025                        | Situação VALIDA |                          |
| Forma de Pagto BL - BOLETO             |        |                                                                |              | Condição de Pagto 30D - 30 DIAS - R\$ 5.000,00 |                 |                          |
| Operador 100 - JESSICA DA SILVA SANTOS |        |                                                                |              | Períodos Vencdo 30                             |                 |                          |
| Seq.                                   | # Item | Descrição                                                      |              | Quantidade Solicitada                          | Valor Unitário  | Valor Total              |
| 1                                      | 476    | AMOX+AC CLAVUL 1000+200MG FA INJ (S) BLAU FR COM 1 FR          |              | 100,000                                        | R\$ 11,52       | R\$ 1.152,00             |
| 2                                      | 10047  | BROMOPRIDA 5 MG/ML AMP 2 ML (G) UNIAO QUIMICA AP COM 1 AP      |              | 600,000                                        | R\$ 1,27        | R\$ 762,00               |
| 3                                      | 15834  | HIOSCINA SIMPLES 20MG AMP 1ML (G) VP HYPOFARMA AP COM 1 AP     |              | 100,000                                        | R\$ 1,14        | R\$ 114,00               |
| 4                                      | 16938  | CIPROFLOXACINO 200MG INJ 100ML (G) BEKER BO COM 1 BO           |              | 100,000                                        | R\$ 8,00        | R\$ 800,00               |
| 5                                      | 489    | DEXAMETASONA 4 MG/ML AMPOLA 2,5 ML (G)VP HYPOFARMA AP COM 1 AP |              | 600,000                                        | R\$ 0,8900      | R\$ 534,00               |
| 6                                      | 2390   | DICLOFENACO SODICO 75 MG AMP 3 ML (S) (I) FARMACE AP COM 1 AP  |              | 100,000                                        | R\$ 0,8500      | R\$ 85,00                |
| 7                                      | 18906  | SINVASTATINA 20MG COMP (G)/ VP SANDOZ CP COM 1 CP              |              | 150,000                                        | R\$ 0,0600      | R\$ 9,00                 |
| 8                                      | 3549   | ACIDO TRANEXAMICO AMP 5ML (50MG/ML) (N) ZYDUS AP COM 1 AP      |              | 100,000                                        | R\$ 4,16        | R\$ 416,00               |
| 9                                      | 15239  | TIICOLCHICOSIDEO 2MG INJ AMP 2ML (G) BLAU AP COM 1 AP          |              | 27,000                                         | R\$ 3,01        | R\$ 81,27                |
| Valor Total Itens                      |        |                                                                | R\$ 3.953,27 | Valor Imposto                                  | R\$ 0,0000      | Valor Total R\$ 3.953,27 |
| Tipo Entrega                           |        |                                                                | Sem Frete    | Valor Frete                                    | R\$ 0,00        |                          |

JESSICA DA SILVA SANTOS

( )

Observação

Observação





| Seq. Cl.         | Cód. Item | Descrição                                            | Marca       | UN | Emb                        | Qtd | Pr.Unit     | Pr.Emb       | Pr.Total   |
|------------------|-----------|------------------------------------------------------|-------------|----|----------------------------|-----|-------------|--------------|------------|
| 1                | 034224    | CISTEIL 600MG CX C/50EN X 5G 507100                  | GEOLAB      | CX | Caixas                     | 2   | R\$ 0,7571  | R\$ 37,8550  | R\$ 75,71  |
| Principio Ativo: |           | ACETILCISTEINA 600MG                                 |             |    | Reg. MS: 1.5423.0140.023-1 |     |             |              |            |
| 2                | 035408    | AMOXIC + CLAV 1000MG + 200MG CX C/20 FA GEN          | BLAU        | CX | Caixas                     | 5   | R\$ 9,5645  | R\$ 191,2900 | R\$ 956,45 |
| Principio Ativo: |           | AMOXICILINA 1G, CLAVULANATO DE POTASSIO S/DIL        |             |    | Reg. MS: 1.1637.0180.002-1 |     |             |              |            |
| 3                | 022820    | BROMOPRIDA 5MG/ML CX C/100AP X 2ML GEN               | HIPOLABOR   | CX | Caixas                     | 6   | R\$ 1,1246  | R\$ 112,4600 | R\$ 674,76 |
| Principio Ativo: |           | BROMOPRIDA 10MG/2ML                                  |             |    | Reg. MS: 1.1343.0130.003-4 |     |             |              |            |
| 4                | 011013    | BROMETO DE N-BUTIL CX C/100AP X 1ML GEN              | HIPOLABOR   | CX | Caixas                     | 1   | R\$ 0,9103  | R\$ 91,0300  | R\$ 91,03  |
| Principio Ativo: |           | BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20MG/ML               |             |    | Reg. MS: 1.1343.0125.002-9 |     |             |              |            |
| 5                | 020960    | KETAMIN NP 50MG/ML CX C/25AP X 2ML                   | CRISTALIA   | CX | Caixas                     | 1   | R\$ 16,0911 | R\$ 402,2775 | R\$ 402,28 |
| Principio Ativo: |           | CLORIDRATO DE ESCETAMINA 50MG/ML 2ML (DEXTRCETAMINA) |             |    | Reg. MS: 1.0298.0213.007-4 |     |             |              |            |
| 6                | 031659    | CIPROFLOXACINO 2MG/ML CX C/60BOL X 100ML GEN         | HALEX ISTAR | CX | Caixas                     | 2   | R\$ 6,4260  | R\$ 385,5600 | R\$ 771,12 |
| Principio Ativo: |           | CIPROFLOXACINO 200MG S.FECHADO                       |             |    | Reg. MS: 1.0311.0120.007-8 |     |             |              |            |
| 7                | 022636    | CLONAZEPAM 2,5MG/ML CX C/200FR X 20ML GEN            | HIPOLABOR   | CX | Caixas                     | 1   | R\$ 1,7136  | R\$ 342,7200 | R\$ 342,72 |
| Principio Ativo: |           | CLONAZEPAM 2,5MG/ML                                  |             |    | Reg. MS: 1.1343.0166.002-2 |     |             |              |            |

|           |        |                                                      |                  |    |        |    |                   |                 |              |
|-----------|--------|------------------------------------------------------|------------------|----|--------|----|-------------------|-----------------|--------------|
| 8         | 002886 | DEXAMETASONA 4MG/ML CX C/120AP X<br>2,5ML GEN - 5198 | TEUTO            | CX | Caixas | 5  | R\$<br>0,9639     | R\$<br>115,6680 | R\$ 578,34   |
| Principio |        | DEXAMETASONA 4MG/ML                                  |                  |    |        |    | Reg. MS:          |                 |              |
| Ativo:    |        |                                                      |                  |    |        |    | 1.0370.0287.012-0 |                 |              |
| 9         | 033217 | PARINEX 5000UI/0,25ML CX C/50AP X<br>0,25ML          | HIPOLABOR        | CX | Caixas | 4  | R\$<br>5,6998     | R\$<br>284,9900 | R\$ 1.139,96 |
| Principio |        | HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML                       |                  |    |        |    | Reg. MS:          |                 |              |
| Ativo:    |        | SUBCUTANE                                            |                  |    |        |    | 1.1343.0200.001-8 |                 |              |
| 10        | 019015 | TOPCOID 5MG/G GEL CX C/1BG X 40GR                    | UNIAO<br>QUIMICA | CX | Caixas | 10 | R\$<br>14,3671    | R\$<br>14,3671  | R\$ 143,67   |
| Principio |        | ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-                             |                  |    |        |    | Reg. MS:          |                 |              |
| Ativo:    |        | POLISSULFURICOG                                      |                  |    |        |    | 1.0497.1302.004-9 |                 |              |
| 11        | 031427 | LORASLIV 10MG CX C/1BL X 12CP                        | VITAMEDIC        | CX | Caixas | 1  | R\$<br>0,0805     | R\$ 0,9660      | R\$ 0,97     |
| Principio |        | LORATADINA 10MG                                      |                  |    |        |    | Reg. MS:          |                 |              |
| Ativo:    |        |                                                      |                  |    |        |    | 103920126001-9    |                 |              |
| 12        | 031780 | ARARTAN 50MG CX C/30BL X 15CP REV                    | GEOLAB           | CX | Caixas | 1  | R\$<br>0,0345     | R\$<br>15,5250  | R\$ 15,53    |
| Principio |        | LOSARTANA POTASSICA 50MG                             |                  |    |        |    | Reg. MS:          |                 |              |
| Ativo:    |        |                                                      |                  |    |        |    | 1.5423.0177.025-8 |                 |              |
| 13        | 026045 | PREDNISOLONA 3MG/ML CX C/50FR X 60ML<br>GEN          | HIPOLABOR        | CX | Caixas | 1  | R\$<br>3,4272     | R\$<br>171,3600 | R\$ 171,36   |
| Principio |        | PREDNISOLONA 3MG/ML, FOSFATO SODICO                  |                  |    |        |    | Reg. MS:          |                 |              |
| Ativo:    |        | 60ML                                                 |                  |    |        |    | 1.1343.0184.003-9 |                 |              |
| 14        | 026361 | ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML CX C/100AP<br>X 5ML GEN    | HIPOLABOR        | CX | Caixas | 1  | R\$<br>3,5460     | R\$<br>354,6000 | R\$ 354,60   |
| Principio |        | ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML                            |                  |    |        |    | Reg. MS:          |                 |              |
| Ativo:    |        |                                                      |                  |    |        |    | 1.1343.0186.002-1 |                 |              |

Total Orçamento : R\$ 5.718,50

Condição de Pagamento: 28 DIAS

Previsão de Entrega: 15/05/2025

Validade da Proposta: 19/05/2025

Observações:

Estamos no aguardo de uma Resposta Afirmativa, e colocamo-nos a seu inteiro dispor para maiores esclarecimentos.





**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**  
 RUA HUMAITÁ, 290 - SANTA CRUZ DO JOSÉ JACQUES  
 CEP:14020-680 - RIBEIRAO PRETO - SP  
**TEL:(16)3993-9100 - Fax:(16)3993-9100**  
 CNPJ:04.274.988/0001-38 - IE:582.596.876.113  
 vendas@ativahosp.com.br Usuário:Wilson

**ORCAMENTO Nº 2735707****14 DE MAIO DE 2025**

**Agente:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
 (575)

**Fantasia:**

**Endereço:** R ANANIAS COSTA FREITAS,753

**Cidade:** PONTAL

**Bairro:** CENTRO

**Cnpj/Cpf:** 55.110.753/0001-41

**Contato:**

**Cep:** 14180-000

**Telefone:** (16)99416-7261

**Uf:** SP

**E-mail:** [dpcompras@iscmpontal.com.br](mailto:dpcompras@iscmpontal.com.br)

**IE/RG:** ISENT0

**Produtos**

| Item                                                                          | Código | Descrição                                                                          | Emb. Padrão | Un | Qtd | Unitário | Total    |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----|----------|----------|
| 0001                                                                          | 31769  | DOCLAXIN 1000MG+200MG PÓ INJ CX C/ 20 FA/BLAU                                      | EE-800      | FA | 100 | 9,3500   | 935,00   |
| AMOXICILINA 1000MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO (ÁCIDO CLAVULÂNICO )200MG PÓ INJ |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0002                                                                          | 39426  | BROMOPRIDA 5MG/ML SOL INJ (GEN) 2ML CT C/ 100 AP/HIPOLABOR                         | EE-2000     | AP | 600 | 1,3078   | 784,68   |
| BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG/2ML) SOL INJ IM/IV 2ML                                |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0003                                                                          | 34195  | BUTIL ESCOPO 20MG/ML SOL INJ 1ML (GEN) CT C/ 100 AP/HIPOLABOR                      | EE-2000     | AP | 100 | 1,1000   | 110,00   |
| BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML SOL INJ 1ML                              |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0004                                                                          | 40371  | BUTIL ESCOPOL+DIPIRONA 4MG/ML + 500MG/ML SOL INJ 5ML (GEN) CX C/ 100AP/FARMACE     | EE-2000     | AP | 400 | 1,4000   | 560,00   |
| BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4MG/ML + DIPIRONA SODICA 500MG/ML SOL INJ 5ML    |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0005                                                                          | 33356  | KETAMIN NP 100MG (50MG/ML) SOL INJ 2ML IV/IM CX C/25 AP/CRISTÁLIA                  | EE-1200     | AP | 25  | 16,8300  | 420,75   |
| CLORIDRATO DE ESCETAMINA 50MG/ML SOL INJ 2ML                                  |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0006                                                                          | 56960  | CIPROFLOXACINO 2MG/ML (GEN) SOL P/ INFUS 100ML IV CX C/ 60 BO SIST FECH/HALEXISTAR | CX-60       | BO | 120 | 6,7700   | 812,40   |
| CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 200MG/100ML (2MG/ML) SOL INJ IV 100ML            |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0007                                                                          | 38068  | CLONAZEPAM 2,5MG/ML (GEN) SOL OR 20ML PCT C/10 FR GOT/HIPOLABOR                    | EE-200      | FR | 10  | 1,9900   | 19,90    |
| CLONAZEPAM 2,5MG/ML SOL ORAL 20ML                                             |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0008                                                                          | 45801  | DEXAMETASONA 4MG/ML SOL INJ (GEN) CT C/ 120 AP 2,5ML/TEUTO                         | EE-720      | AP | 600 | 0,9889   | 593,34   |
| FOSFATO DISSÓDICO DE DEXAMETASONA 4MG/ML SOL INJ 2,5ML                        |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0009                                                                          | 32974  | DICLOFARMA 75MG/3ML (25MG/ML) SOL INJ 3ML CX C/ 100 AP/FARMACE                     | EE-3200     | AP | 100 | 0,8284   | 82,84    |
| DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML (25MG/ML) SOL INJ 3ML                             |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |
| 0010                                                                          | 53376  | PARINEX 5.000UI/0,25 ML SOL INJ 0,25ML CT C/ 50 AP/HIPOLABOR                       | CT-50       | AP | 200 | 5,9525   | 1.190,50 |
| HEPARINA SÓDICA 5000 UI SOL INJ SUBC 0,25 ML                                  |        |                                                                                    |             |    |     |          |          |

|      |       |                                                                                                                    |         |    |     |         |        |
|------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|-----|---------|--------|
| 0011 | 33120 | TOPCOID 5MG/G GEL 40G/UNIAO QUIMICA<br>POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARIDEO 5MG/G GEL 40G                            | EE-80   | BG | 10  | 16,0000 | 160,00 |
| 0012 | 37074 | LEVERCTIN 6MG CT C/ 4 CP/EMS<br>IVERMECTINA 6MG                                                                    | EE-384  | CP | 8   | 0,5300  | 4,24   |
| 0013 | 45772 | ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML SOL INJ 5ML (GEN) CT C/<br>100 AP/HIPOLABOR<br>ÁCIDO TRANEXÂMICO (250MG/5ML) SOL INJ 5ML | EE-2000 | AP | 100 | 3,5600  | 356,00 |
| 0014 | 49189 | METOPROLOL 50MG (GEN) CT C/ 30 CP REV LIB<br>PROL/NEOQUIMICA<br>SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG                       | EE-3600 | CP | 30  | 0,6500  | 19,50  |

**Total Geral: R\$ 6.049,15****\*\* SEIS MIL, QUARENTA E NOVE REAIS E QUINZE CENTAVOS \*\*****Observações:**

COTAÇÃO 1467

FAT MINIMO: 500,00

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

**Cond. Pagto:** 30**Validade** 5 Dias da Abertura  
**Proposta:**

Wilson

**Transportadora:** Cif -**Vendedor:** ATIVA REGIÃO 16 - MARUÍ  
marui@ativahosp.com.br



# Drogaria Lira e Genari Ltda

Rua 7 de Setembro, 436, Centro, Pontal-SP  
CNPJ: 05540301000121. Insc Est: 550013810112  
Fone: 16 3953 2585

## Orçamento

|                                                 |               |
|-------------------------------------------------|---------------|
| <b>HIDANTAL 100MG 25CPR 1 cx</b>                | <b>14,80</b>  |
| <b>DESLORATADINA 0,5MG/ML 60ML MEDLEY 10cxs</b> |               |
| <b>(42,23 cada cx)</b>                          | <b>422,30</b> |
| <b>TOTAL</b>                                    | <b>437,10</b> |

PONTAL 15 DE MAIO DE 2025.

**Nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário e esperamos poder concretizar o pedido brevemente.**



Orcamento Nro - 81008

Data/hora Impressão 15/05/2025 09:07:50

Data: 15/05/2025

Validade orçamento: 22/05/2025

Loja FILIAL 223 - DROGAL PONTAL II

Cliente SANTA CASA PONTAL COD:4755

Condição Pagamento 40 DIAS

Pedido Cliente Nro:

| Cód Loja | Produto                             | Qtde              | Valor Bruto | Valor Desconto | Valor Líquido |
|----------|-------------------------------------|-------------------|-------------|----------------|---------------|
| 37602    | DES Loratadina Xarope 60ML(G)MEDLEY | 10 <i>34,94 R</i> | R\$ 481,60  | R\$ 132,20     | R\$ 349,40    |
| 50100    | **FENITOINA 100MG 30CPR(G)TEUTO C1  | 1                 | R\$ 12,00   | R\$ 3,60       | R\$ 8,40      |
| Totais   |                                     | 11                | R\$ 493,60  | R\$ 135,80     | R\$ 357,80    |

**Valor a Pagar: 357,80**

Imposto: 0,00



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

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL**Conta de débito:** 3472 / 1292 / 000577518142-1**Representação numérica do código de barras:**

816400000096 613234072023 506100202205 006902600052

**Convênio:** PM DE PONTAL-SP**Valor:** 961,32**Data de débito:** 10/06/2025**Data/hora da operação:** 10/06/2025**Código da operação:** 86677174**Chave de segurança:** VHPTJ4Z37MTW0N1X

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 - 2025

|                                                |                                                                               |                            |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 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\$ 39.391,29</b> | Qtde Notas<br><b>4</b>       | Vencimento<br><b>10/06/2025</b> | Referência<br><b>5/2025</b>                  | Tipo da Declaração<br><b>Declaração Tomador</b> | Valor Creditado<br><b>0,00</b> |
| Código de Baixa<br><b>2-690260-2-5</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\$ 961,32</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\$ 961,32</b>            |                                |

Impresso em: 09/06/2025 16:23:48 por: IRMANDADE SANTA CASA Autenticação Mecânica

|                                                                          |                                                                                           |                                       |                                 |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|
|                                                                          | <b>Prefeitura Municipal de Pontal</b><br><b>Município de Pontal</b><br>45.352.267/0001-86 | <b>Exercício: 2025</b>                |                                 |                                              |
| 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>10/06/2025</b>                                          | Código de Baixa<br><b>2-690260-2-5</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\$ 961,32</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\$ 961,32</b>          |
| APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% E 1% JUROS AO MÊS.                  |                                                                                           |                                       |                                 |                                              |

Autenticação Mecânica

81640000009-6 61323407202-3 50610020220-5 00690260005-2





NOTAS FISCAIS

| Razão Social/Nome                                       | CNPJ/CPF           | Número | Base Calculo  | Alíquota | Valor ISS  |
|---------------------------------------------------------|--------------------|--------|---------------|----------|------------|
| CLINICA MÉDICA DRª. NAYARA MICHELETO LTDA. - ME.        | 34.309.037/0001-18 | 127    | R\$ 23.520,00 | 2,34 %   | R\$ 550,37 |
| MCS CAMPOS LTDA                                         | 37.684.217/0001-78 | 150    | R\$ 7.194,00  | 3,30 %   | R\$ 237,40 |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO                           | 22.182.151/0001-40 | 646    | R\$ 5.232,00  | 2,00 %   | R\$ 104,64 |
| LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. | 55.108.831/0001-73 | 1798   | R\$ 3.445,29  | 2,00 %   | R\$ 68,91  |
| Total de notas: 4                                       |                    |        |               |          | R\$ 961,32 |

**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>                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| <b>Conta de débito:</b>        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 00190.00009 03100.050008 00010.704179 5 01130000600000 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | BANCO DO BRASIL S/A                                    |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 1                                                      |
| <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>                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 15/06/2025 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 10/06/2025 |
| <b>Valor Nominal do Boleto:</b>          | 6.000,00   |
| <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>            | 6.000,00   |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>                 | 6.000,00   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 10/06/2025 11:45:59 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 48050775298      |
| <b>Chave de segurança:</b> | R6A0UJQ38FK5L48L |

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 R. MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA CNPJ: 18.209.156/0001.42 OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO  
EMISSÃO: 05/05/2025 DEST/REM: IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL VALOR TOTAL 6.000,00

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

13106  
NF-e  
Nº 000014.004  
SÉRIE 001

06/05/25  
Renata C. Pereira  
Gerente Operacional  
Santa Casa de Pontal

342-1



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

DANFE  
Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0-Entrada 1-Saída 1  
Nº 14004 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  
35-25.05-18.209.156/0001-42-55-001-000.014.004-100.016.709-8

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
Vendas

PROTOKOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135251173552820 05/05/2025 06:16:54h

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL Irm Santa Casa de Miseric de Pontal  
ENDEREÇO RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753  
MUNICÍPIO PONTAL  
Código Cliente 000187 CNPJ / CPF 55.110.753/0001.41  
DATA DA EMISSÃO 05/05/2025  
BAIRRO / DISTRITO CENTRO CEP 14.180.000  
DATA DA SAÍDA / ENTRADA 05/05/2025  
UF SP FONE / FAX (16) 3953.1719 INSC. ESTADUAL ISENTA  
HORA DA SAÍDA 06:16h

FATURA/DUPLICATAS  
NÚMERO VENCIMENTO VALOR NÚMERO VENCIMENTO VALOR NÚMERO VENCIMENTO VALOR  
000014004 15/06/2025 6.000,00

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 6.000,00  
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 6.000,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
NOME / RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA 0-Remetente(CIF) CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF  
ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL  
QUANTIDADE 5 ESPÉCIE VOLUMES MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

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  
0028 TEXSPAR SOFTS CONCENTRADO 50LTS 38099190 0.500 5.405 BO 1,0000 1.070,00000 0,00 1.070,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
0017 TEXSPAR PE 65KGS 28470000 0.102 5.102 BO 2,0000 1.400,00000 0,00 2.800,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
0003 CLARIT PASTA 20KG 34029029 0.500 5.405 BD 1,0000 970,00000 0,00 970,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
0093 TEXSPAR DXZ 50LTS 38099190 0.102 5.102 BO 1,0000 1.160,00000 0,00 1.160,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  

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

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

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
CONVÊNIO 013/2022 - T.A. 010/2025 // Cond. Pgto.: BCO.: 007 - BANCO DO BRASIL  
S/A // I- ME/EPP optante pelo Simples Nacional \* II- Não gera credito fiscal de IPI/ICMS conf lei 123/2006 // PREZADO CLIENTE, A HIGIRIB NÃO ENVIA BOLETOS BANCÁRIOS POR E-MAIL, EM CASO DE DÚVIDAS ENTRE EM CONTATO COM NOSSO DEPARTAMENTO FINANCEIRO PELO TELEFONE (16) 3285-0150 // CONFIRA AS MERCADORIAS NO ATO DA ENTREGA, APÓS O RECEBIMENTO E ASSINATURA DO CANHOTO NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES. // Valor aprox. dos Tributos R\$ 579,00 ( 9,65%) Fonte: IBPT // ICMS PAGO ANTERIORMENTE POR SUBSTITUIÇÃO. - 0028 - 0017 - 0003  
RESERVADO AO FISCO  
Renata C. Pereira  
Gerente Operacional  
Santa Casa de Pontal

Pedido 12.633 Vendedor 4 Pedido compra

DATA E HORA DA IMPRESSÃO 05/05/2025 AS 06:16:54h 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                                                                                            |  |                     |  |                      |  | Vencimento                       |  |
| PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO                                                                                     |  |                     |  |                      |  | 15/06/2025                       |  |
| Beneficiário                                                                                                  |  |                     |  |                      |  | Agência / Código do Beneficiário |  |
| R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42                                                           |  |                     |  |                      |  | 2665-4 / 045000-6                |  |
| RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP                                                     |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| Data do Documento                                                                                             |  | Número do Documento |  | Espécie do Documento |  | Aceite                           |  |
| 05/05/2025                                                                                                    |  | 14.004              |  | DM                   |  | N                                |  |
| Data do Processamento                                                                                         |  | Nosso Número        |  | Valor do Documento   |  | 31000500000010704                |  |
| 05/05/2025                                                                                                    |  |                     |  | 6.000,00             |  |                                  |  |
| Uso do Banco                                                                                                  |  | Carteira            |  | Especie              |  | Quantidade                       |  |
|                                                                                                               |  | 17                  |  | R\$                  |  |                                  |  |
| Instruções                                                                                                    |  |                     |  |                      |  | (-) Desconto/Abatimento          |  |
| *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 21,00 AO DIA.                                                           |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| APOS VCTO MULTA DE 4,5%                                                                                       |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO                                                |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| Pagador                                                                                                       |  |                     |  |                      |  | Autenticação Mecânica            |  |
| IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187                                                                       |  |                     |  |                      |  | CNPJ/CPF 055.110.753/0001-41     |  |
| RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753                                                                             |  |                     |  |                      |  | Bairro CENTRO                    |  |
| PONTAL/SP                                                                                                     |  |                     |  |                      |  | CEP 14.180.000                   |  |
| Recebimento através de cheque Nº do Banco                                                                     |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo banco sacado                                     |  |                     |  |                      |  |                                  |  |

|                                                                                                               |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|----------------------|--|----------------------------------|--|
| BANCO BRASIL S.A.   001-9                                                                                     |  |                     |  |                      |  | Recibo do Pagador                |  |
| Local de Pagamento                                                                                            |  |                     |  |                      |  | Vencimento                       |  |
| PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO                                                                                     |  |                     |  |                      |  | 15/06/2025                       |  |
| Beneficiário                                                                                                  |  |                     |  |                      |  | Agência / Código do Beneficiário |  |
| R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42                                                           |  |                     |  |                      |  | 2665-4 / 045000-6                |  |
| RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP                                                     |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| Data do Documento                                                                                             |  | Número do Documento |  | Espécie do Documento |  | Aceite                           |  |
| 05/05/2025                                                                                                    |  | 14.004              |  | DM                   |  | N                                |  |
| Data do Processamento                                                                                         |  | Nosso Número        |  | Valor do Documento   |  | 31000500000010704                |  |
| 05/05/2025                                                                                                    |  |                     |  | 6.000,00             |  |                                  |  |
| Uso do Banco                                                                                                  |  | Carteira            |  | Especie              |  | Quantidade                       |  |
|                                                                                                               |  | 17                  |  | R\$                  |  |                                  |  |
| Instruções                                                                                                    |  |                     |  |                      |  | (-) Desconto/Abatimento          |  |
| *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 21,00 AO DIA.                                                           |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| APOS VCTO MULTA DE 4,5%                                                                                       |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO                                                |  |                     |  |                      |  |                                  |  |
| Pagador                                                                                                       |  |                     |  |                      |  | Autenticação Mecânica            |  |
| IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187                                                                       |  |                     |  |                      |  | CNPJ/CPF 055.110.753/0001-41     |  |
| RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753                                                                             |  |                     |  |                      |  | Bairro CENTRO                    |  |
| PONTAL/SP                                                                                                     |  |                     |  |                      |  | CEP 14.180.000                   |  |
| Destacar abaixo                                                                                               |  |                     |  |                      |  |                                  |  |

|                                                                                                               |  |                     |  |                      |  |                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|----------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| BANCO BRASIL S.A.   001-9                                                                                     |  |                     |  |                      |  | 00190.00009 03100.050008 00010.704179 5 01130000600000 |  |
| Local de Pagamento                                                                                            |  |                     |  |                      |  | Vencimento                                             |  |
| PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO                                                                                     |  |                     |  |                      |  | 15/06/2025                                             |  |
| Beneficiário                                                                                                  |  |                     |  |                      |  | Agência / Código do Beneficiário                       |  |
| R.MARCON PRODUTOS DE LIMPEZA M - 18.209.156/0001-42                                                           |  |                     |  |                      |  | 2665-4 / 045000-6                                      |  |
| RUA JAIME JOSE DO NASC FEITOSA, 178 - RIBEIRAO PRETO / SP                                                     |  |                     |  |                      |  |                                                        |  |
| Data do Documento                                                                                             |  | Número do Documento |  | Espécie do Documento |  | Aceite                                                 |  |
| 05/05/2025                                                                                                    |  | 14.004              |  | DM                   |  | N                                                      |  |
| Data do Processamento                                                                                         |  | Nosso Número        |  | Valor do Documento   |  | 31000500000010704                                      |  |
| 05/05/2025                                                                                                    |  |                     |  | 6.000,00             |  |                                                        |  |
| Uso do Banco                                                                                                  |  | Carteira            |  | Especie              |  | Quantidade                                             |  |
|                                                                                                               |  | 17                  |  | R\$                  |  |                                                        |  |
| Instruções                                                                                                    |  |                     |  |                      |  | (-) Desconto/Abatimento                                |  |
| *(instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)* |  |                     |  |                      |  |                                                        |  |
| APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 21,00 AO DIA.                                                           |  |                     |  |                      |  |                                                        |  |
| APOS VCTO MULTA DE 4,5%                                                                                       |  |                     |  |                      |  |                                                        |  |
| APOS 15 DIAS DE VENCIMENTO O MESMO PODERÁ SEGUIR PARA PROTESTO                                                |  |                     |  |                      |  |                                                        |  |
| Pagador                                                                                                       |  |                     |  |                      |  | Autenticação Mecânica                                  |  |
| IRM SANTA CASA DE MISERIC DE PONTAL 187                                                                       |  |                     |  |                      |  | CNPJ/CPF 055.110.753/0001-41                           |  |
| RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753                                                                             |  |                     |  |                      |  | Bairro CENTRO                                          |  |
| PONTAL/SP                                                                                                     |  |                     |  |                      |  | CEP 14.180.000                                         |  |
| Sacador / Avalista                                                                                            |  |                     |  |                      |  |                                                        |  |



Autenticação Mecânica / FICHA COMPENSAÇÃO



SAC CAIXA: 0800 726 2492 (PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA AUDITIVA)  
PORTAL FALE CONOSCO:  
WWW.CAIXA.GOV.BR/FALECONOSCO/  
OUVIDORIA CAIXA: 0800 725 7474

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

3472 - PONTAL, SP

DATA: 11/06/2025

TERMINAL: 1101

NSU: 000355

HORA: 14:53:12

AUT.: 0028

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
BOLETO COM CODIGO DE BARRAS

REPRESENTACAO NUMERICA DO CODIGO DE BARRAS  
34191.09008 46427.438927  
82179.030000 3 11040000006900

INSTITUICAO EMISSORA: 341-ITAU UNIBANCO S.A.

BENEFICIARIO

NOME FANTASIA: HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA

NOME/RAZAO SOCIAL: HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA

CPF/CNPJ: 11.872.656/0001-10

PAGADOR

NOME: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41

PORTADOR

NOME: IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL

CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41

DATA DE VENCIMENTO:

06/06/2025

VALOR NOMINAL:

JUROS:

69,00

MULTA:

0,70

VALOR TOTAL:

1,38

VALOR PAGO:

71,08

71,08

INFORMACOES, RECLAMACOES, SUGESTOES E ELOGIOS  
ALO CAIXA: 4004 0104 (CAPITAIS E REGIOES  
METROPOLITANAS)

ALO CAIXA: 0800 104 0104 (DEMAIS REGIOES)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

SAC CAIXA: 0800 726 2492 (PESSOAS COM

DEFICIENCIA AUDITIVA)

PORTAL FALE CONOSCO:

WWW.CAIXA.GOV.BR/FALECONOSCO/



HDL LOGISTICA HOSPITALAR  
Av INGLATERRA N.40 - Galp. 30  
Bairro TIBERY, UBERLANDIA, MG  
Fone: (34) 3221-5300, CEP:38405050

**DANFE**  
Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº 543.462

SERIE 1 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO  
3125 0511 8726 5600 0110 5500 1000 5434 6213 7933 4804

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
131256631571268 05/05/2025 17:54:31

TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.872.656/0001-10

CNPJ/CPF  
1883 55.110.753/0001-41

DATA DA EMISSÃO  
05/05/2025

Bairro/DISTRITO  
CENTRO

CEP  
14.180-000

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

**T06**

CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
69,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS  
0,00

VALOR DO IPI  
0,00

VALOR TOTAL DA NOTA  
69,00

PLACA DO VEÍCULO

UF  
MG

CNPJ/CPF  
11.872.656/0001-10

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
0015881100069

PEDIDO  
2646079

PESO BRUTO  
2,8750 Kg

PESO LÍQUIDO

| COD. PROD.                                                                                                                                                           | % 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% IONIZANTE PLAST 623 / 1210623   1177200010093 EQUIPLEX   Lote: 2431506 D.Fab: 11/05/24 D.Val: 09/05/26   0,0000 Referencia: 623 / 1210623 | 0,00    | 43,00    | 43,00   | 5,16    | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 12,00    | 0,00    |
| 5283 FLUMAZENIL (C1) [GEN] 0,1MG/ML 5ML C/5 AMP - IV   7352   1037006350032   TEUTO   Lote: 73520023 D.Fab: 03/01/25 D.Val: 03/01/27   0,0000 Referencia: 7352       | 0,00    | 26,00    | 26,00   | 3,12    | 0,00       | 0,00       | 0,00   | 12,00    | 0,00    |

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS  
0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN  
0,00

VALOR DO ISSQN  
0,00

RESERVADO AO FISCO

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  
OC: 6856 - TERMO DE CONVENIO N. 013/2022 T.A N. 10/2025 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIPAL da UF Destino R\$0,00 + FCF R\$0,00; DIPAL da UF Origem R\$0,00. | ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

RECEBIDO: *[Assinatura]*  
DATA 06/05/25  
Farmácia  
Santa Casa de Pontal

VALOR NOMINAL: 06/06/2025 69,00

MULTA:

JURIS:

DATA DE VENCIMENTO:

PAGADOR  
NOME: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS  
CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41

PORTADOR  
NOME: IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL  
CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41

BENEFICIÁRIO  
NOME FANTASIA: HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA  
NOME/RAZAO SOCIAL: HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA  
CPF/CNPJ: 11.872.656/0001-10

INSTITUICAO EMISSORA: 341-ITAU UNIBANCO S.A.

REPRESENTACAO NUMERICA DO CODIGO DE BARRAS  
34191.09008 46427.438927  
82179.030000 3 110400000006900

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
BOLETO COM CODIGO DE BARRAS

NSU: 000355

HORA: 14:53:12

AUT.: 0028

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

3472 - PONTAL, SP

DATA: 11/06/2025

TERMINAL: 1101

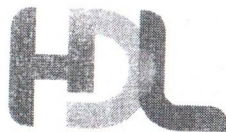
SAC CAIXA: 0800 726 2492 (PESSOAS COM DEFICIENCIA AUDITIVA)

PORTAL FALE CONOSCO: WWW.CAIXA.GOV.BR/FALECONOSCO/

OUVIDORIA CAIXA: 0800 725 7474

J42-1  
Boleto





LOGÍSTICA HOSPITALAR

HDL LOGISTICA HOSPITALAR  
Av INGLATERRA N.40 - Galp. 30  
Bairro TIBERY, UBERLÂNDIA, MG  
Fone: (34) 3221-5300, CEP:38405050

## DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº 543.462

SERIE

1

FOLHA 2/1



CHAVE DE ACESSO

3125 0511 8726 5600 0110 5500 1000 5434 6213 7933 4804

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131256631571268 05/05/2025 17:54:31

CNPJ

11.872.656/0001-10

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0015881100069

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

813014730110

## Política de Devolução

É imprescindível a conferência da mercadoria no ato da entrega, pois caso aja alguma ocorrência ou irregularidade elas devem estar descritas no documento da transportadora.

-Verifique se o Número de Volumes corresponde ao número de volumes descrito na nota fiscal;

-Verifique se as Etiquetas de Despacho nos produtos correspondem à nota fiscal recebida;

-Verifique se a Embalagem Externa está intacta, inviolada, seca e sem qualquer tipo de dano aparente;

-Para Produto Termolábil(2 A 8°C) abra a caixa e verifique a temperatura.

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

## Motivo da Devolução

☐ FATURAMENTO INCORRETO (VENDEDOR);

☐ SOLICITAÇÃO INCORRETA (CLIENTE);

☐ MERCADORIA AVARIADA/VIOLADA;

☐ VALIDADE CURTA;

☐ ENTREGA FORA DO PRAZO NEGOCIADO;

☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

Data recebimento da mercadoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do recebedor: \_\_\_\_\_

RG do recebedor: \_\_\_\_\_

SIH-R&lt;HCMP0004&gt;

Emissão 06/05/2025 07:05

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

6856

**Pedido de Compra**

|                                                                     |          |                                                         |        |                                |                      |           |
|---------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|--------|--------------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                                                |          | Fornecedor: 272 - HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA (CD MG) |        |                                | Data Ped: 05/05/2025 |           |
| Prz.Entr: 7 DIAS                                                    |          | Cond.Pagto: 30 DIAS                                     |        |                                | Dt Env. Forn:        |           |
| Centro de Custo: 4 - FARMÁCIA                                       |          | Status do pedido: Não Entregou                          |        |                                |                      |           |
| Descrição do item (Código-Nome-Apresentação-Marca)                  |          | Situação do Item                                        |        | No.Cotação (Emp.Req-No.Requis) |                      |           |
| Centro de Custo                                                     |          | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =                 |        |                                |                      | Vlr.Total |
| Observação do Pedido TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025 |          |                                                         |        |                                |                      |           |
| 17954- 1 CLORETO DE SODIO 0.9% AMP. 10ML-AMPOLA-                    |          | Não Entregou                                            |        |                                |                      |           |
| (4) FARMÁCIA                                                        | 200,0000 | 0,2150                                                  | 0,0000 | 0,0000                         | 43,0000              |           |
| Complemento do item                                                 |          |                                                         |        |                                |                      |           |
| 24776- 1 FLUMAZENIL 0,1MG/ML AMP 5 ML-AMP-MARCA                     |          | Não Entregou                                            |        |                                |                      |           |
| (4) FARMÁCIA                                                        | 5,0000   | 5,2000                                                  | 0,0000 | 0,0000                         | 26,0000              |           |
| Complemento do item                                                 |          |                                                         |        |                                |                      |           |

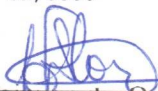
**Totais:**

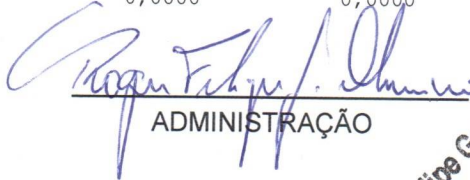
Total Bruto dos itens: 69,0000

Total Descontos dos itens: 0,0000

Total IPI dos itens: 0,0000

|                   |                  |                   |                |                 |
|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Total dos Itens + | Encargo Pedido - | Desconto Pedido + | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 69,0000           | 0,0000           | 0,0000            | 0,0000         | 69,0000         |

  
Lucimar de S. das Flores  
COMPRAS  
Dep. de Compras  
Santa Casa de Pontal

  
ADMINISTRAÇÃO

Roger Felipe Gomes Oliveira  
Provedor  
Imandado da Santa Casa de  
Misericórdia de Pontal





# HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

**CD SP**

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIMINDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Orçamento: 2645599

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Bairro: CENTRO

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

|    | Descrição                                                                                   | Marca      | Qtd. | Cx. C/ | Vlr.Únit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | CD | Cód.Anvisa    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|-----------|---------|---------|-----------|----|---------------|
| 1  | 2815-AGUA PARA INJECAO 10ML C/200 AMP - 605 / 1210605                                       | EQUIPLEX   | 5    | 200    | 0,2077    | 41,55   | 0,00    | 207,75    | MG | 1177200240463 |
| 2  | 1661-EPINEFRINA (ADREN) 1MG C/100 AMP 1ML - IM/IV/SC - 10010003                             | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 0,9750    | 97,50   | 0,00    | 97,50     | SP | 1134300010016 |
| 3  | 2919-PEROX HIDROGENIO (AGUA OXIGENADA) 10VOL C/30 FR 100ML TWIST OFF - 0520100402           | RIOQUIMICA | 1    | 30     | 1,4333    | 43,00   | 0,00    | 43,00     | SP | ISENTO        |
| 4  | 720-IPRATROPIO [GEN] 0,25MG/ML FR 20ML - INAL - 10030002                                    | HIPOLABOR  | 30   | 1      | 1,2000    | 1,20    | 0,00    | 36,00     | SP | 1134301620020 |
| 5  | 2089-CEFAZOLINA [GEN] 1G C/50 F/A S/DIL - AD/PED - IM/IV 1302128-517512/1302128             | BIOCHIMICO | 2    | 50     | 4,6600    | 233,00  | 0,00    | 466,00    | SP | 1006302470020 |
| 6  | 1498-CEFTRIAXONA (AMPLOSPEC) 1G C/50 F/A PO S/DIL - AD/PED - IV - 1302001 / 513511          | BIOCHIMICO | 2    | 50     | 3,9600    | 198,00  | 0,00    | 396,00    | SP | 1006300030058 |
| 7  | 2816-CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML C/200 AMP PLAST - 623 / 1210623                             | EQUIPLEX   | 1    | 200    | 0,2150    | 43,00   | 0,00    | 43,00     | MG | 1177200010093 |
| 8  | 4690-CLOREXIDINA (SEPTHEX) 0,2% 100ML DERMO SUAWE SOL AQUOSA TWIST OFF - C/30 - 08720/04149 | PROLINK    | 1    | 30     | 1,2667    | 38,00   | 0,00    | 38,00     | SP | ISENTO        |
| 9  | 3875-GLICERINA (CLISTEROL) 12% 500ML C/20 FR+20 SONDAS - 0082                               | JP IND     | 1    | 20     | 8,4500    | 169,00  | 0,00    | 169,00    | SP | 1049100110013 |
| 10 | 5461-DIPIRONA [GEN] 1G 2ML C/100 AMP - IM/IV - 207                                          | SANTISA    | 15   | 100    | 0,5900    | 59,00   | 0,00    | 885,00    | SP | 1018600360022 |
| 11 | 5283-FLUMAZENIL (C1) [GEN] 0,1MG/ML 5ML C/5 AMP - IV - 7352                                 | TEUTO      | 1    | 5      | 5,2000    | 26,00   | 0,00    | 26,00     | MG | 1037006350032 |
| 12 | 5362-GLICOSE 50% 10ML C/200 AMP PLAST - 121.0659                                            | EQUIPLEX   | 1    | 200    | 0,5483    | 109,65  | 0,00    | 109,65    | MG | 1177200040146 |
| 13 | 1421-HIDROCORTISONA [GEN] 100MG C/50 F/A - AD/PED - IM/IV - PA8829                          | BLAU FARMA | 1    | 50     | 3,0220    | 151,10  | 0,00    | 151,10    | MG | 1163701050012 |





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

**CD SP**

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIMINDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Orçamento: **2645599**

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

|    | Descrição                                                                                      | Marca      | Qtd. | Cx. C/ | Vlr.Únit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | CD | Cód.Anvisa    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|-----------|---------|---------|-----------|----|---------------|
| 14 | 4589-LACTULOSE XPE 667MG/ML SABOR AMEIXA FR 120ML - AD/PED - ORAL - 0307207                    | NUTRIEX    | 15   | 1      | 8,5000    | 8,50    | 0,00    | 127,50    | SP | Suplemento    |
| 15 | 400-MIDAZOLAM (B1) [GEN] 50MG C/100 AMP 10ML - IM/IV/RT - 10010021                             | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 2,5700    | 257,00  | 0,00    | 257,00    | SP | 1134301430086 |
| 16 | 5444-ONDANSETRONA (NAUSEDRON) 8MG 4ML C/50 AMP - IM/IV - 70000320                              | CRISTALIA  | 8    | 50     | 1,3500    | 67,50   | 0,00    | 540,00    | SP | 1029801240097 |
| 17 | 3424-PREDNISONA (CRISPRED) 20MG C/200 COMP - 513252/70000410                                   | CRISTALIA  | 1    | 200    | 0,3350    | 67,00   | 0,00    | 67,00     | SP | 1029801510043 |
| 18 | 4246-PROMETAZINA (PROMETAZOL) 25MG/ML 2ML C/100 AMP - IM - 10010084                            | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 3,4300    | 343,00  | 0,00    | 343,00    | SP | 1134302020061 |
| 19 | 4422-TRAMADOL (A2) [GEN] 50MG 1ML C/100 AMP - IM/IV/SC - 10010027                              | HIPOLABOR  | 1    | 100    | 1,1220    | 112,20  | 0,00    | 112,20    | MG | 1134301560036 |
| 20 | 830-NITROGLICERINA (TRIDIL) 50MG 10ML C/10 AMP - IV - 461130/70000245                          | CRISTALIA  | 1    | 10     | 36,6000   | 366,00  | 0,00    | 366,00    | SP | 1029801330053 |
| 21 | 2941-VASELINA LIQUIDA C/12 FR 1L - 0530301162                                                  | RIOQUIMICA | 1    | 12     | 39,5833   | 475,00  | 0,00    | 475,00    | SP | isento        |
| 22 | 839-LIDOCAINA 2% GEL (XYLESTESIN) 20MG/G - TUBO 30G C/10 BISN+APLIC ESTERIL - 410107/70000088  | CRISTALIA  | 2    | 10     | 5,5600    | 55,60   | 0,00    | 111,20    | SP | 1029803570116 |
| 23 | 851-LIDOCAINA 2% S/VASO (XYLESTESIN) 20MG/ML - 20ML C/10 F/A - STERILE PACK - 411106/ 70000106 | CRISTALIA  | 8    | 10     | 7,8800    | 78,80   | 0,00    | 630,40    | SP | 1029803570027 |





## HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

**CD MG**

CNPJ.: 11.872.656/0001-10  
AV. INGLATERRA, Nº 40 - TIBERY, UBERLÂNDIA - MG - CEP.: 38405-050

**CD SP**

CNPJ.: 11.872.656/0002-00  
R. MANOEL GOMES DOS SANTOS, Nº 2921 - JARDIM INDEPENDÊNCIA, CRAVINHOS - SP  
CEP.: 14140-000

Cliente: **1883-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**

Orçamento: 2645599

Endereço: ANANIAS COSTA FREITAS

Nº: 753

Cmpl:

Contato:

Cidade: PONTAL

CEP: 14180000

05/05/2025

Observação: COT 1459

MG - CNPJ: 11.872.656/0001-10: R\$ 649.7

SP - CNPJ: 11.872.656/0002-00: R\$ 5047.6

TOTAL: 5.697,30

Vendedor: JOAOH

Condição de pagamento: 28

Tel.: 34 32215300

Validade da proposta: 12/05/2025

Agradecemos a preferência !



## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

www.futuramedicamentos.com.br

Cotação no.: 1.419.411 Tatuí, 05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

Telefone: (16) 039531716

Fax:

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail financeiro@iscmpontal.com.br

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

| PRODUTO                                                                      | FABRICANTE               | UNID.         | QUANTIDADE   | PREÇO R\$             | QUANT.POR CX   | PREÇO.UNIT.         | TOTAL R\$         |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------|-----------------------|----------------|---------------------|-------------------|
| 574741 AGUA P/ INJECAO 10ML CX C/200                                         | FARMARIN                 | CX            | 5            | 40,750000             | 200            | 0,203800            | 203,75            |
| 569889 EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML S.INJ 1ML CX C/100 "HYFREN"            | HYPOFARMA                | CX            | 1            | 100,350000            | 100            | 1,003500            | 100,35            |
| 569456 AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES 100 ML CX C/24 FR                           | VICPHARMA                | CX            | 1            | 43,750000             | 24             | 1,822900            | 43,75             |
| 575356 ATENOLOL 25MG CX C/30CPR "GENERICO"                                   | BIOLAB                   | CX            | 2            | 2,300000              | 30             | 0,076700            | 4,60              |
| 28537 IPRATROPIO 0,25MG/ML 20ML "GENERICO"                                   | HIPOLABOR                | FR            | 30           | 0,960000              | 1              | 0,960000            | 28,80             |
| 567897 CEFAZOLINA SODICA 1G CX C/50 FA IM IV "GENERICO" (ANTIB)              | BIOCHIMICO               | CX            | 2            | 238,000000            | 50             | 4,760000            | 476,00            |
| 568702 CEFTRIAXONA SODICA 1000MG IV CX C/50FA "AMPLOSPEC" ( ANT              | BIOCHIMICO               | CX            | 2            | 186,700000            | 50             | 3,734000            | 373,40            |
| 29044 CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML CX C/200                                    | ISOFARMA                 | CX            | 1            | 59,400000             | 200            | 0,297000            | 59,40             |
| 574783 CLOREXIDINA 0,2% (SOL AQUOSA) 100ML CX C/24 FR "CHLORDERM"            | VICPHARMA                | CX            | 2            | 68,900000             | 24             | 2,870800            | 137,80            |
| 572916 DIPIRONA SODICA 500MG/ML GTS 10ML "ABERLGINA"                         | AIRELA                   | FR            | 20           | 1,429000              | 1              | 1,429000            | 28,58             |
| 569342 DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML CX C/100 "DIPIFARMA"                     | FARMACE                  | CX            | 15           | 58,000000             | 100            | 0,580000            | 870,00            |
| 568565 DIMENIDRINATO+PIRIDOX+GLIC+FRUT IV 10ML C/100 "DRAMIN B6 DL"          | HYPERA/TAKEDA            | CX            | 1            | 843,000000            | 100            | 8,430000            | 843,00            |
| <del>48501 ESPIRONOLACTONA 25MG C/30 CMP "GENERICO"</del>                    | <del>EMS</del>           | <del>CX</del> | <del>2</del> | <del>9,350000</del>   | <del>30</del>  | <del>0,311700</del> | <del>18,70</del>  |
| <del>574510 FLUMAZENIL 0,5MG/5ML SOL INJ CX C/5 AMP "GENERICO" (C1)</del>    | <del>TEUTO BRASILE</del> | <del>CX</del> | <del>1</del> | <del>27,000000</del>  | <del>5</del>   | <del>5,400000</del> | <del>27,00</del>  |
| <del>568062 GLICOSE 50% 10ML CX C/200</del>                                  | <del>SAMTEC</del>        | <del>CX</del> | <del>1</del> | <del>137,200000</del> | <del>200</del> | <del>0,685000</del> | <del>137,20</del> |
| <del>574082 HIDROCORTISONA 100MG PO LIOF INJ CX C/50 F/A "ANDROCORTIL"</del> | <del>TEUTO BRASILE</del> | <del>CX</del> | <del>1</del> | <del>138,200000</del> | <del>50</del>  | <del>2,764000</del> | <del>138,20</del> |





## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUI / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: vendas6@futuramedicamentos.com.br

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

**Cotação no.:** 1.419.411      Tatuí,      05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716      Fax:

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail [financeiro@iscmpontal.com.br](mailto:financeiro@iscmpontal.com.br)

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

|        |                                                                |                   |    |            |     |           |          |
|--------|----------------------------------------------------------------|-------------------|----|------------|-----|-----------|----------|
| 574083 | HIDROCORTISONA 500MG PO LIOF INJ CX C/50 F/A<br>"ANDROCORTIL"  | TEUTO BRASILE: CX | 2  | 222,100000 | 50  | 4,442000  | 444,20   |
| 572111 | ISOSSORBIDA 20MG C/30 CMP "GENERIC"                            | BIOLAB CX         | 1  | 7,150000   | 30  | 0,238300  | 7,15     |
| 569158 | LACTULOSE 667MG/ML 120ML AMEIXA "LACTULIFE"                    | NATULAB FR        | 15 | 6,999000   | 1   | 6,999000  | 104,98   |
| 574098 | MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML CX C/50 AMP "GENERIC" (B1)               | TEUTO BRASILE: CX | 1  | 135,750000 | 50  | 2,715000  | 135,75   |
| 574977 | SORBITOL714MG/G+LAURILSULFATO 7,70MG/G CX C 7BISN<br>"MINILAX" | EUROFARMA CX      | 3  | 39,400000  | 7   | 5,628600  | 118,20   |
| 47828  | OXACILINA SODICA 500MG PO INJ CX C/100 FA "OXANON"             | BLAU CX           | 4  | 416,000000 | 100 | 4,160000  | 1.664,00 |
| 568501 | ONDANSETRONA 2MG/ML 4ML CX C/50 "GENERIC"                      | HYPOFARMA CX      | 8  | 50,500000  | 50  | 1,010000  | 404,00   |
| 569310 | PARACETAMOL 200MG/ML 15ML "TYLEMEX"                            | NATULAB FR        | 20 | 1,510000   | 1   | 1,510000  | 30,20    |
| 574821 | PARACETAMOL 750MG CX C/100 CP "GENERIC"                        | ZYDUS DO BRAS: CX | 2  | 15,700000  | 100 | 0,157000  | 31,40    |
| 568527 | PROMETAZINA 25MG/ML 2ML IM CX C/100AMP "PROMETAZOL"            | HIPOLABOR/SAN: CX | 1  | 359,400000 | 100 | 3,594000  | 359,40   |
| 54924  | TRAMADOL 50MG/ML 1ML C/60 "GENERIC" (A2)                       | TEUTO BRASILE: CX | 5  | 49,100000  | 60  | 0,818300  | 245,50   |
| 568567 | NITROGLICERINA 5MG/ML 10ML CX C/10 AMP "TRIDIL"                | CRISTALIA CX      | 1  | 413,000000 | 10  | 41,300000 | 413,00   |
| 570012 | VASELINA LIQUIDA 1000ML CX C/12 FR                             | VICPHARMA CX      | 1  | 512,900000 | 12  | 42,741700 | 512,90   |
| 574961 | LIDOCAINA 2% (20MG/G) GELEIA 30G C/100 TB "LABCAINA"           | PHARLAB CX        | 1  | 468,000000 | 100 | 4,680000  | 468,00   |
| 24457  | LIDOCAINA 2% GELEIA 30G CX C/10 TB "XYLESTESIN"                | CRISTALIA CX      | 2  | 56,000000  | 10  | 5,600000  | 112,00   |
| 568776 | LIDOCAINA 2% S/ VASO 20ML CX C/ 10FR SP "XYLESTESIN"           | CRISTALIA CX      | 8  | 71,600000  | 10  | 7,160000  | 572,80   |



## Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda

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

Rua Dr.Gualter Nunes, 100 CEP: 18271-210 Chácara Junqueira  
TATUÍ / SP CNPJ : 08.231.734/0001-93 I.E.: 687.161.985.111  
PABX: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787  
E-mail: [vendas6@futuramedicamentos.com.br](mailto:vendas6@futuramedicamentos.com.br)

**Cotação no.:** 1.419.411      Tatuí,      05/05/2025

Cliente : 2.876 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
Telefone: (16) 039531716      Fax:

CNPJ: 55.110.753/0001-41

Vend.: 134 LEANDRO EVANGELISTA AMARAL

PONTAL SP

A/C FINANCEIRO

E-Mail [financeiro@iscmpontal.com.br](mailto:financeiro@iscmpontal.com.br)

Endereço: RUA ANANIAS COSTA FREITAS

CENTRO

14180-000

### Condições comerciais:

Condições de pagamento: A PRAZO 28

No.Empenho :

No.Proc. :

No.Ped. :

Frete: CIF

Transportadora: PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

**QTDE.ITENS:** 32

**TOTAL DO PEDIDO:** R\$ 9.114,01

**PRAZO DE ENTREGA:** 1 dias

**VALIDADE DA PROPOSTA:** 3 dias

OBSERVAÇÕES:

DANIELE CRISTINE DE ALMEIDA TELES





**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**  
 RUA HUMAITÁ, 290 - SANTA CRUZ DO JOSÉ JACQUES  
 CEP:14020-680 - RIBEIRAO PRETO - SP  
**TEL:(16)3993-9100 - Fax:(16)3993-9100**  
 CNPJ:04.274.988/0001-38 - IE:582.596.876.113  
 vendas@ativahosp.com.br Usuário:Marui

**ORCAMENTO Nº 2724906****05 DE MAIO DE 2025****Agente:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL (575)**Contato:****Fantasia:****Cep:** 14180-000**Endereço:** R ANANIAS COSTA FREITAS,753**Telefone:** (16)99416-7261**Cidade:** PONTAL**Uf:** SP**Bairro:** CENTRO**E-mail:** [dpcompras@iscmpontal.com.br](mailto:dpcompras@iscmpontal.com.br)**Cnpj/Cpf:** 55.110.753/0001-41**IE/RG:** ISENT0**Produtos**

| Item | Código | Descrição                                                       | Emb. Padrão   | Un   | Qtd   | Unitário                    | Total  |
|------|--------|-----------------------------------------------------------------|---------------|------|-------|-----------------------------|--------|
| 0001 | 52075  | ÁGUA P/ INJ 10ML CX C/ 200 AP/FARMARIN                          | CX-200        | AP   | 1.000 | 0,2040                      | 204,00 |
|      |        | ÁGUA DESTILADA (ÁGUA P/ INJ) 10ML                               |               |      |       | Código MS:<br>1168800320183 |        |
| 0002 | 26816  | EPILENIL 250MG VO FR C/25 CAPS GEL MOLE/BIOLAB                  | EE-600        | CAPS | 150   | 0,3400                      | 51,00  |
|      |        | ÁCIDO VALPRÓICO 250MG                                           |               |      |       | Código MS:<br>1097400460023 |        |
| 0003 | 20404  | ADREN 0,1% (1MG/ML) SOL INJ 1ML CX C/ 100 AP/HIPOLABOR          | EE-2000       | AP   | 100   | 0,9600                      | 96,00  |
|      |        | HEMITARTARATO DE EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML SOL INJ 1ML     |               |      |       | Código MS:<br>1134300010016 |        |
| 0004 | 37822  | IPRATROPIO 0,25MG/ML (GEN) SOL P/ INAL 20ML PCT C/ 10/HIPOLABOR | EE-200        | FR   | 30    | 0,9700                      | 29,10  |
|      |        | BROMETO DE IPRATROPIO 0,25MG/ML SOL INAL 20ML                   |               |      |       | Código MS:<br>1134301620020 |        |
| 0005 | 39439  | CEFAZOLINA 1G PÓ SOL INJ (GEN) CT C/ 50 FA/ABL                  | EE-300        | FA   | 100   | 4,5200                      | 452,00 |
|      |        | CEFAZOLINA SÓDICA 1G PÓ P/ SOL INJ                              |               |      |       | Código MS:<br>1556200550031 |        |
| 0006 | 49498  | CEFTRIAXONA 1G (GEN) PÓ SOL INJ IV S/DIL CT C/ 50 FA/TEUTO      | CT-50         | FA   | 100   | 3,7800                      | 378,00 |
|      |        | CEFTRIAXONA SÓDICA 1G PÓ P/ SOL INJ IV S/ DIL                   |               |      |       | Código MS:<br>1037007120154 |        |
| 0007 | 32967  | CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML CX C/ 200 AP/FARMACE                 | Paquete-57600 | AP   | 200   | 0,2300                      | 46,00  |
|      |        | CLORETO DE SÓDIO 0,9% (9MG/ML) SOL INJ IV 10ML                  |               |      |       | Código MS:<br>1108500010037 |        |
| 0008 | 56716  | GLICERINA C/SONDA (CLISTEROL) 12% 500ML CX C/ 20 FR/JP          | CX-20         | FR   | 20    | 6,9500                      | 139,00 |
|      |        | GLICERINA 12% (0,12G/ML) SOL RETAL 500ML C/ Sonda               |               |      |       | Código MS:<br>1049100110013 |        |
| 0010 | 40263  | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML (GEN) SOL OR 10ML PCT C/ 5 FR/FARMACE  | EE-100        | FR   | 20    | 1,1900                      | 23,80  |

|                                                            |       |                                                                  |         |    |       |        |          |                             |
|------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------|---------|----|-------|--------|----------|-----------------------------|
| DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOL OR 10ML                       |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1108500300027 |
| 0011                                                       | 37830 | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML (GEN) SOL INJ 2ML CT C/ 100 AP/HIPLABOR | EE-2000 | AP | 1.500 | 0,6000 | 900,00   |                             |
| DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOL INJ 2ML                       |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1134301200021 |
| 0012                                                       | 53519 | DRAMIN B6 DL SOL INJ 10ML CX C/ 100 AP/COSMED/HYPERA             | EE-600  | AP | 100   | 7,7600 | 776,00   |                             |
| DIMENIDRINATO+VIT B6+GLICOSE+FRUTOSE SOL INJ 10ML          |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1781709000045 |
| 0013                                                       | 55610 | ESPIRONOLACTONA 25MG (GEN) CT C/ 30 CP/GEOLAB                    | EE-1800 | CP | 60    | 0,2000 | 12,00    |                             |
| ESPIRONOLACTONA 25MG                                       |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1542302660049 |
| 0014                                                       | 49411 | FLUMAZENIL 0,5MG (0,1MG/ML) (GEN) SOL INJ 5ML IV CT C/5 AP/TEUTO | EE-400  | AP | 5     | 5,4000 | 27,00    |                             |
| FLUMAZENIL 0,1MG/ML SOL INJ IV 5ML                         |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1037006350032 |
| 0015                                                       | 27885 | GLICOSE 50% SOL INJ IV 10ML CX C/ 200 AP/ISOFARMA                | CX-200  | AP | 200   | 0,5300 | 106,00   |                             |
| GLICOSE 50% (500MG/ML) SOL INJ IV 10ML                     |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1031101670015 |
| 0016                                                       | 21040 | CORTISONAL 100MG PÓ INJ S/DIL CT C/ 50 FA/UNIAO QUIMICA          | EE-600  | FA | 50    | 2,8100 | 140,50   |                             |
| SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100MG PÓ LIOF INJ S/DIL |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1049700200094 |
| 0018                                                       | 55368 | HIDROCORTISONA 500MG PÓ INJ S/DIL (GEN) CX C/ 50 FA/BLAU         | EE-800  | FA | 100   | 4,0800 | 408,00   |                             |
| SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 500MG PÓ LIOF INJ S/DIL |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1163701050039 |
| 0019                                                       | 55739 | ISOSSORBIDA 20MG (GEN) CT C/ 30 CP/BIOLAB                        | EE-1440 | CP | 30    | 0,2000 | 6,00     |                             |
| MONONITRATO-5 DE ISOSSORBIDA 20MG                          |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1097402650016 |
| 0020                                                       | 27635 | ISORDIL 10MG CT C/ 30 CP/EMS SIGMA PHARMA                        | EE-2520 | CP | 60    | 0,3100 | 18,60    |                             |
| DINITRATO DE ISOSSORBIDA 10MG                              |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1356900150025 |
| 0021                                                       | 48066 | MIDAZOLAM 50MG (5MG/ML) (GEN) SOL INJ 10ML CT C/ 50 AP/TEUTO     | EE-300  | AP | 50    | 2,5500 | 127,50   |                             |
| CLORIDRATO DE MIDAZOLAM 50MG (5MG/ML) SOL INJ 10ML         |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1037006360194 |
| 0022                                                       | 56778 | NISTATINA 100.000UI/ML SUSP ORAL 50ML (GEN) + CGT/TEUTO          | EE-100  | FR | 2     | 6,8500 | 13,70    |                             |
| NISTATINA 100.000UI/ML SUS OR 50ML                         |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1037004820015 |
| 0023                                                       | 55333 | OXACILIL 500MG PÓ P/ SOL INJ S/DIL CX C/ 50 FA/FRESENIUS         | EE-500  | FA | 400   | 4,5700 | 1.828,00 |                             |
| OXACILINA SÓDICA 500MG PÓ LIOF P/ SOL INJ S/DIL            |       |                                                                  |         |    |       |        |          | Código MS:<br>1004101790031 |
| 0024                                                       | 52657 | ONDANSETRONA 8MG SOL INJ 4ML (GEN) CX C/ 100 AP/HIPLABOR         | EE-2000 | AP | 400   | 1,1050 | 442,00   |                             |



Código MS:  
1134301990022

CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 8MG (2MG/ML) SOL INJ 4ML

|      |       |                                                           |        |    |     |        |        |
|------|-------|-----------------------------------------------------------|--------|----|-----|--------|--------|
| 0025 | 56307 | PARACETAMOL 200MG/ML SOL OR GTS 15ML CX C/ 100 FR/FARMACE | CX-100 | FR | 100 | 1,4700 | 147,00 |
|------|-------|-----------------------------------------------------------|--------|----|-----|--------|--------|

PARACETAMOL 200MG/ML SOL OR 15ML

Código MS: ISENT0

|      |       |                                  |         |    |     |        |       |
|------|-------|----------------------------------|---------|----|-----|--------|-------|
| 0026 | 54003 | ABIDOR 750MG CT C/ 200 CP/AIRELA | EE-2000 | CP | 200 | 0,2000 | 40,00 |
|------|-------|----------------------------------|---------|----|-----|--------|-------|

PARACETAMOL 750MG

Código MS: ISENT0

|      |       |                                      |         |    |     |        |       |
|------|-------|--------------------------------------|---------|----|-----|--------|-------|
| 0027 | 48121 | CRISPRED 20MG CX C/ 200 CP/CRISTÁLIA | EE-4800 | CP | 200 | 0,2800 | 56,00 |
|------|-------|--------------------------------------|---------|----|-----|--------|-------|

PREDNISONA 20MG

Código MS:  
1029801510043

|      |       |                                                       |         |    |     |        |        |
|------|-------|-------------------------------------------------------|---------|----|-----|--------|--------|
| 0028 | 53345 | PROMETAZOL 25MG/ML SOL INJ 2ML CT C/ 100 AP/HIPOLABOR | EE-2000 | AP | 100 | 3,3600 | 336,00 |
|------|-------|-------------------------------------------------------|---------|----|-----|--------|--------|

CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML SOL INJ 2ML

Código MS:  
1134302020061

|      |       |                                                           |        |    |     |        |        |
|------|-------|-----------------------------------------------------------|--------|----|-----|--------|--------|
| 0029 | 36797 | TRAMADOL 50MG/ML (GEN) SOL INJ 1ML IM/IV CT C/60 AP/TEUTO | EE-840 | AP | 300 | 0,7300 | 219,00 |
|------|-------|-----------------------------------------------------------|--------|----|-----|--------|--------|

CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG SOL INJ 1ML

Código MS:  
1037005020039

|      |       |                                                  |        |    |    |         |        |
|------|-------|--------------------------------------------------|--------|----|----|---------|--------|
| 0030 | 20703 | TRIDIL 5MG/ML SOL INJ 10ML CT C/ 10 AP/CRISTÁLIA | EE-600 | AP | 10 | 39,4400 | 394,40 |
|------|-------|--------------------------------------------------|--------|----|----|---------|--------|

NITROGLICERINA 50MG (5MG/ML) SOL INJ IV 10ML

Código MS:  
1029801330053

|      |       |                                                                         |        |    |    |        |        |
|------|-------|-------------------------------------------------------------------------|--------|----|----|--------|--------|
| 0031 | 20641 | XYLESTESIN 2% (20MG/G) GELEIA TOP 30G CT C/ 10 BG + 10 APLIC./CRISTÁLIA | EE-360 | BG | 20 | 6,9000 | 138,00 |
|------|-------|-------------------------------------------------------------------------|--------|----|----|--------|--------|

CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% (20MG/G) GELE TOP 30G

Código MS:  
1029803570116

|      |       |                                                                    |        |    |    |         |        |
|------|-------|--------------------------------------------------------------------|--------|----|----|---------|--------|
| 0032 | 36886 | XYLESTESIN 2% (20MG/ML) SOL INJ EST S/V 20ML CX C/ 10 FA/CRISTÁLIA | EE-200 | FA | 80 | 11,7800 | 942,40 |
|------|-------|--------------------------------------------------------------------|--------|----|----|---------|--------|

CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 20MG/ML (2%) SOL INJ 20ML

Código MS:  
1029803570027**Total Geral: R\$ 8.497,00****\*\* OITO MIL E QUATROCENTOS E NOVENTA E SETE REAIS \*\*****Observações:**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**Cond. Pagto:** 30**Validade Proposta:** 5 Dias da Abertura**Transportadora:** Cif -MARUI  
**Vendedor:** ATIVA REGIÃO 16 - MARUI  
marui@ativahosp.com.br



**MEDCENTER COMERCIAL LTDA**  
Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges  
Pouso Alegre - MG - CEP 37550-000 - FONE: (35) 3449-1950  
CNPJ: 00.874.929/0001-40 - I.E 525.949584.0034  
www.medcentercomercial.com.br

Cotação # 391675

Cliente 14112 - IRMANDADE DA SANTA  
Região 35 - SAO PAULO  
Rating

Contato 14112.1 - LUCIA - COMPRAS / FINANCEIRO  
Cargo  
Telefone 991100279  
Setor

Limite de Crédito R\$ 5.000,00

| Tipo Operação Receptivo                  |                                                                       | Data Cotacao 05/05/2025                      |                | Situação VALIDA |                          |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------|-----------------|--------------------------|
| Forma de Pagto BL - BOLETO               |                                                                       | Condição de Pagto 10D - 10 DIAS - R\$ 300,00 |                |                 |                          |
| Operador 235 - BRUNA CRISTINA FONSECA DA |                                                                       | Períodos Vencdo 10                           |                |                 |                          |
| Seq.                                     | # Item Descrição                                                      | Quantidade Solicitada                        | Valor Unitário | Valor Total     |                          |
| 1                                        | 381 AGUA BI DESTILADA AMP 10ML FARMACE AP COM 1 AP                    | 1.000,000                                    | R\$ 0,2200     | R\$ 220,00      |                          |
| 2                                        | 15970 ADRENALINA 1/1000 1ML (EPINEFRINA)(S) VP HYPOFARMA AP COM 1 AP  | 100,000                                      | R\$ 1,07       | R\$ 107,00      |                          |
| 3                                        | 12305 AGUA OXIGENADA 10 VOL 100ML ALMOT. VIC PHARMA FR COM 1 FR       | 24,000                                       | R\$ 1,50       | R\$ 36,00       |                          |
| 4                                        | 18121 ATENOLOL 25MG COMP (G)/ VP SANDOZ CP COM 1 CP                   | 60,000                                       | R\$ 0,0500     | R\$ 3,00        |                          |
| 5                                        | 17688 IPRATROPIO BROMETO 0,25MG/ML 20ML(G)/ UNIAO QUIMICA FR COM 1 FR | 30,000                                       | R\$ 2,08       | R\$ 62,40       |                          |
| 6                                        | 18504 CEFAZOLINA SODICA 1 GR F/A (S) BLAU FR COM 1 FR                 | 100,000                                      | R\$ 4,62       | R\$ 462,00      |                          |
| 7                                        | 16194 CEFTRIAXONA 1 GR IV S/DIL (G) BLAU FR COM 1 FR                  | 100,000                                      | R\$ 4,10       | R\$ 410,00      |                          |
| 8                                        | 2641 CLORETO DE SODIO 0,9% 10 ML FARMACE AP COM 1 AP                  | 200,000                                      | R\$ 0,2400     | R\$ 48,00       |                          |
| 9                                        | 1027 CLOREXIDINA 0,2% 100 ML (AQUOSA) VIC PHARMA FR COM 1 FR          | 30,000                                       | R\$ 1,30       | R\$ 39,00       |                          |
| 10                                       | 6373 DIPIRONA 1GR AMP 2ML (S) FARMACE AP COM 1 AP                     | 1.500,000                                    | R\$ 0,6000     | R\$ 900,00      |                          |
| 11                                       | 7643 HIDROCORTISONA 100 MG F/A S/DIL (G) BLAU FR COM 1 FR             | 50,000                                       | R\$ 3,19       | R\$ 159,50      |                          |
| 12                                       | 16397 ISOSSORBIDA MONONITRATO 20MG COMP (G) VP BIOLAB CP COM 1 CP     | 30,000                                       | R\$ 0,1900     | R\$ 5,70        |                          |
| 13                                       | 2561 OXACILINA 500 MG F A S/DIL (SODICA) (S) BLAU FR COM 1 FR         | 400,000                                      | R\$ 3,99       | R\$ 1.596,00    |                          |
| 14                                       | 508 ONDANSETRONA 8MG AMP 4ML (G) VP HYPOFARMA AP COM 1 AP             | 400,000                                      | R\$ 1,03       | R\$ 412,00      |                          |
| 15                                       | 1109 VASELINA LIQUIDA 1000 ML VIC PHARMA LT COM 1 LT                  | 2,000                                        | R\$ 31,20      | R\$ 62,40       |                          |
| 16                                       | 911 LIDOCAINA 2% GELEIA 30GR (S) VP BRAINFARMA TB COM 1 TB            | 100,000                                      | R\$ 7,62       | R\$ 762,00      |                          |
| Valor Total Itens                        |                                                                       | R\$ 5.285,00                                 | Valor Imposto  | R\$ 0,0000      | Valor Total R\$ 5.285,00 |
| Tipo Entrega                             |                                                                       | Sem Frete                                    | Valor Frete    | R\$ 0,00        |                          |

BRUNA CRISTINA FONSECA DA SILVA

( )

Observação

Observação





Empresa: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

Cidade: JAGUARIUNA Estado: SP

End: PC EMILIO MARCONATO, 1000, GALPAO 22 e 27

Fone: (19) 35225-800

Cep: 13.916-074

Cnpj: 67.729.178/0004-91

Orçamento: A1WGJ6/1

Segunda-feira, 5 de Maio de 2025 - 11:57:13

## Dados do Cliente:

Empresa: 2839 - IRM.SANTA CASA DE MISER.DE PONTAL

Cidade: PONTAL - Estado: SP

Fax:

End: RUA ANANIAS COSTA FREITAS,753

Fone: 16 39531716

Cnpj: 55.110.753/0001-41

Cep: 14.180-000

Conforme vossa solicitação, temos a satisfação de oferecer nosso(s) preço(s) da(s) mercadoria(s) abaixo relacionada(s)

| Seq. Cli.        | Cód. Item | Descrição                                    | Marca           | UN | Emb    | Qtd | Pr.Unit    | Pr.Emb       | Pr.Total          |
|------------------|-----------|----------------------------------------------|-----------------|----|--------|-----|------------|--------------|-------------------|
| 1                | 035226    | AGUA PARA INECAO CX C/200AP X 10ML PL        | FARMARIN        | CX | Caixas | 5   | R\$ 0,1964 | R\$ 39,2800  | R\$ 196,40        |
| Principio Ativo: |           | AGUA PARA INECAO 10ML                        |                 |    |        |     |            |              |                   |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | Reg. MS:   |              | 1.1688.0032.018-3 |
| 2                | 010702    | EPILENIL 250MG CX C/1FR X 25CA               | BIOLAB SANUS    | CX | Caixas | 1   | R\$ 0,3220 | R\$ 8,0500   | R\$ 8,05          |
| Principio Ativo: |           | ACIDO VALPROICO 250MG                        |                 |    |        |     |            |              |                   |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | Reg. MS:   |              | 1.0974.0046.002-3 |
| 3                | 010705    | ADREN 1MG/ML C/100AP X 1ML IM/IV/SC          | HIPOLABOR       | CX | Caixas | 1   | R\$ 0,8155 | R\$ 81,5500  | R\$ 81,55         |
| Principio Ativo: |           | ADRENALINA (EPINEFRINA) 1MG/ML               |                 |    |        |     |            |              |                   |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | Reg. MS:   |              | 1.1343.0001.001-6 |
| 4                | 025770    | AGUA OXIGENADA 10VOL 100ML CX C/24FR - 83500 | VIC PHARMA      | CX | Caixas | 1   | R\$ 1,6185 | R\$ 38,8440  | R\$ 38,84         |
| Principio Ativo: |           | AGUA OXIGENADA 100ML                         |                 |    |        |     |            |              |                   |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | Reg. MS:   |              | 0.0000.0000.000-0 |
| 5                | 024167    | BESILAPIN 5MG CX C/25BLT X 20CPR             | GEOLAB          | cx | Caixas | 1   | R\$ 0,0249 | R\$ 12,4500  | R\$ 12,45         |
| Principio Ativo: |           | ANLODIPINO 5MG, BESILATO                     |                 |    |        |     |            |              |                   |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | Reg. MS:   |              | 1.5423.0243.004-3 |
| 6                | 021053    | ATENOLOL 25MG CX C/40BLT X 15CPR GEN         | PRATI DONADUZZI | CX | Caixas | 1   | R\$ 0,0404 | R\$ 24,2400  | R\$ 24,24         |
| Principio Ativo: |           | ATENOLOL 25MG                                |                 |    |        |     |            |              |                   |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | Reg. MS:   |              | 1.2568.0146.003-8 |
| 7                | 022584    | IPRATROPIO 0,25MG/ML CX C/200FR X 20ML GEN   | HIPOLABOR       | CX | Caixas | 1   | R\$ 1,0710 | R\$ 214,2000 | R\$ 214,20        |
| Principio Ativo: |           | BROMETO DE IPRATROPIO 0.025%                 |                 |    |        |     |            |              |                   |
|                  |           |                                              |                 |    |        |     | Reg. MS:   |              | 1.1343.0162.002-0 |

|                  |        |                                                             |                    |        |    |                               |                 |            |
|------------------|--------|-------------------------------------------------------------|--------------------|--------|----|-------------------------------|-----------------|------------|
| 8                | 024218 | CEFAZOLINA 1G CX C/50F-A S/DIL GEN                          | ANTIBIOTICOS DO CX | Caixas | 1  | R\$<br>4,5566                 | R\$<br>227,8300 | R\$ 227,83 |
| Principio Ativo: |        | CEFAZOLINA SODICA 1G                                        |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.5562.0055.003-1 |                 |            |
| 9                | 001909 | AMPLOSPEC 1G CX C/50FA S/DIL                                | BIOCHIMICO CX      | Caixas | 2  | R\$<br>4,3676                 | R\$<br>218,3800 | R\$ 436,76 |
| Principio Ativo: |        | CEFTRIAXONA 1G IV                                           |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0063.0003.005-8 |                 |            |
| 10               | 035227 | CLORETO DE SODIO 0,9% C/200AP X 10ML PL                     | FARMARIN CX        | Caixas | 1  | R\$<br>0,2278                 | R\$<br>45,5600  | R\$ 45,56  |
| Principio Ativo: |        | CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML                                  |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.1688.0035.006-6 |                 |            |
| 11               | 031875 | CHLORCLEAR 2% AQUOSA 100ML<br>ALMOTOLIA CX C/24FR 88202     | VIC PHARMA CX      | Caixas | 1  | R\$<br>2,4495                 | R\$<br>58,7880  | R\$ 58,79  |
| Principio Ativo: |        | CLOREXIDINA 2% AQUOSA 100ML                                 |                    |        |    | Reg. MS:<br>00000000000000    |                 |            |
| 12               | 033557 | DIPIRONA SODICA 500MG/ML CX C/100AP X 2ML GEN               | HYPOFARMA CX       | Caixas | 15 | R\$<br>0,5694                 | R\$<br>56,9400  | R\$ 854,10 |
| Principio Ativo: |        | DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML                                |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0387.0076.001-9 |                 |            |
| 13               | 033087 | DRAMIN B6 DL 3+5+100+100MG/ML INJ IV C/100AP X 10ML 21665-2 | NEO Q/COSMED CX    | Caixas | 1  | R\$<br>7,3000                 | R\$<br>730,0000 | R\$ 730,00 |
| Principio Ativo: |        | DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA, CLOR + GLICOSE + FRUTOSE        |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.7817.0900.004-5 |                 |            |
| 14               | 033693 | ESPIRONOLACTONA 25 MG CX C/2BL X 15CP GEN                   | GEOLAB CX          | Caixas | 2  | R\$<br>0,1821                 | R\$ 5,4630      | R\$ 10,93  |
| Principio Ativo: |        | ESPIRONOLACTONA 25MG                                        |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.5423.0266.004-9 |                 |            |
| 15               | 019728 | GLICOSE 50% CX C/200AP X 10ML PLAST                         | HALEX/ISOFARMA CX  | Caixas | 1  | R\$<br>0,6767                 | R\$<br>135,3400 | R\$ 135,34 |
| Principio Ativo: |        | GLICOSE 50% 10ML                                            |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0311.0167.001-5 |                 |            |
| 16               | 019947 | ANDROCORTIL 500MG CX C/50FA IM/IV S/DIL - 2596              | TEUTO CX           | Caixas | 1  | R\$<br>4,3675                 | R\$<br>218,3750 | R\$ 218,38 |
| Principio Ativo: |        | HIDROCORTISONA 500MG,SUCCINATO SODICO                       |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0370.0463.006-2 |                 |            |
| 17               | 033328 | ISOSSORBIDA 20MG CX C/3BL X 10 CP GEN                       | BIOLAB SANUS CX    | Caixas | 1  | R\$<br>0,1692                 | R\$ 5,0760      | R\$ 5,08   |
| Principio Ativo: |        | ISOSSORBIDA 20MG, MONONITRATO                               |                    |        |    | Reg. MS:<br>1.0974.0265.001-6 |                 |            |
| 18               | 035739 | LACTBEN 667MG/ML CX C/50FR X 120ML SABOR AMEIXA             | MAYBEN CX          | Caixas | 1  | R\$<br>5,1721                 | R\$<br>258,6050 | R\$ 258,61 |



|                  |                                              |                |                   |        |   |             |              |              |  |
|------------------|----------------------------------------------|----------------|-------------------|--------|---|-------------|--------------|--------------|--|
| Principio Ativo: | LACTULOSE 667MG/ML                           | Reg. MS:       | 0.0000.0000.000-0 |        |   |             |              |              |  |
| 19 021057        | MIDAZOLAM 5MG/ML CX C/100AP X 10ML GEN       | HIPOLABOR      | CX                | Caixas | 1 | R\$ 2,6775  | R\$ 267,7500 | R\$ 267,75   |  |
| Principio Ativo: | MIDAZOLAM 50MG                               | Reg. MS:       | 1.1343.0143.008-6 |        |   |             |              |              |  |
| 20 032746        | OXACILIL 500MG IM/IV CX C/50FA               | FRESENIUS KABI | CX                | Caixas | 8 | R\$ 4,5837  | R\$ 229,1850 | R\$ 1.833,48 |  |
| Principio Ativo: | OXACILINA SODICA 500MG                       | Reg. MS:       | 1.0041.0179.003-1 |        |   |             |              |              |  |
| 21 031605        | ONDANSETRONA 2MG/ML CX C/100AP X 4ML GEN     | HIPOLABOR      | CX                | Caixas | 4 | R\$ 1,0990  | R\$ 109,9000 | R\$ 439,60   |  |
| Principio Ativo: | ONDANSETRONA 8MG/4ML,CLORIDRATO              | Reg. MS:       | 1134301990022     |        |   |             |              |              |  |
| 22 033277        | PREDNISONA 20MG CX C/ 1BL X 10CP GEN 1006576 | ACHE           | CX                | Caixas | 6 | R\$ 0,6892  | R\$ 6,8920   | R\$ 41,35    |  |
| Principio Ativo: | PREDNISONA 20MG                              | Reg. MS:       | 1.0573.0702.002-8 |        |   |             |              |              |  |
| 23 033386        | PROMETAZOL 25MG/ML CX C/100AP X 2ML          | HIPOLABOR      | CX                | Caixas | 1 | R\$ 3,2182  | R\$ 321,8200 | R\$ 321,82   |  |
| Principio Ativo: | PROMETAZINA 50MG/2ML,CLORIDRATO              | Reg. MS:       | 1.1343.0202.006-1 |        |   |             |              |              |  |
| 24 021840        | TRAMADOL 50MG/ML CX C/100AP X 1ML GEN        | HIPOLABOR      | CX                | Caixas | 3 | R\$ 0,8568  | R\$ 85,6800  | R\$ 257,04   |  |
| Principio Ativo: | TRAMADOL 50MG/ML,CLORIDRATO                  | Reg. MS:       | 1.1343.0156.003-6 |        |   |             |              |              |  |
| 25 023741        | TRIDIL 50MG CX C/10AP X 10ML                 | CRISTALIA      | CX                | Caixas | 1 | R\$ 36,7797 | R\$ 367,7970 | R\$ 367,80   |  |
| Principio Ativo: | NITROGLICERINA 50MG                          | Reg. MS:       | 1.0298.0133.005-3 |        |   |             |              |              |  |
| 26 035250        | VASELINA LIQUIDA 1000ML C/12FR - 88341       | VIC PHARMA     | CX                | Caixas | 1 | R\$ 25,7943 | R\$ 309,5316 | R\$ 309,53   |  |
| Principio Ativo: | VASELINA LIQUIDA 1000ML                      | Reg. MS:       | 0.0000.0000.000-0 |        |   |             |              |              |  |
| 27 011763        | XYLESTESIN 2% CX C/10BG X 30GR + APLICADORES | CRISTALIA      | CX                | Caixas | 2 | R\$ 5,9178  | R\$ 59,1780  | R\$ 118,36   |  |
| Principio Ativo: | LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO                    | Reg. MS:       | 1.0298.0357.011-6 |        |   |             |              |              |  |
| 28 010816        | XYLESTESIN 2% S/V S.P. CX C/10EST X 20ML     | CRISTALIA      | CX                | Caixas | 1 | R\$ 11,1688 | R\$ 111,6880 | R\$ 111,69   |  |
| Principio Ativo: | LIDOCAINA 2% S/V 20ML, CLORIDRATO            | Reg. MS:       | 1.0298.0357.002-7 |        |   |             |              |              |  |

**Total Orçamento : R\$ 7.625,53**

**Condição de Pagamento: 28 DIAS**

**Previsão de Entrega: 06/05/2025**

**Validade da Proposta: 08/05/2025**

**Observações:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Estamos no Aguardo de uma Resposta Afirmativa, e colocamo-nos a seu inteiro dispor para maiores esclarecimentos.**

**Atenciosamente,**

---

**WILLIAN LINO REPRESENTACAO  
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
Orçamento realizado por: Paulo Eduardo da Mota Botta**





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Banco Receptor:         | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| Pagador Final / Efetivo |                                |
| CPF/CNPJ:               | 55.110.753/0001-41             |
| Nome:                   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:        | 03472   1292   000577518142-1  |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.00009 03066.370002 00234.686178 7 11150000014490 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco:       | BANCO DO BRASIL S/A                                    |
| Código do Banco:                            | 1                                                      |
| Beneficiário original / Cedente             |                                                        |
| Nome Fantasia:                              | DROGAL FARMACEUTICA LTDA                               |
| Nome/Razão Social:                          | DROGAL FARMACEUTICA LTDA                               |
| CPF/CNPJ:                                   | 54.375.647/0001-27                                     |
| Pagador Sacado                              |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE STA CASA DE MIS PONTAL                       |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |
| Pagador Final - Correntista                 |                                                        |
| Nome/Razão Social:                          | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL                         |
| CPF/CNPJ:                                   | 55.110.753/0001-41                                     |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Data do Vencimento:               | 17/06/2025 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/06/2025 |
| Valor Nominal do Boleto:          | 144,90     |
| Juros (R\$):                      | 0,00       |
| IOF (R\$):                        | 0,00       |
| Multa (R\$):                      | 0,00       |
| Desconto (R\$):                   | 0,00       |
| Abatimento (R\$):                 | 0,00       |
| Valor Calculado (R\$):            | 144,90     |
| Valor Pago (R\$):                 | 144,90     |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/06/2025 13:27:52 |
|------------------------|---------------------|

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 48398270138      |
| Chave de segurança: | L2WPGCJSJYXF631R |

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







BANCO DO BRASIL

001 - 9

|                                                                                                        |  |                    |  |                         |  |                    |  |                                                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|--------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DROGALFARMACEUTICA MATRIZ                                                                              |  | 54.375.647/0001-27 |  | Aoência/ Código Cedente |  | 5115-2/8357-7      |  | Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora.)                                                                 |  |
| Sacado                                                                                                 |  | 55.110.753/0001-41 |  | Nosso Número            |  | 17/30663700-6      |  | <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº indicado        |  |
| IRMANDADE STA CASA DE MIS PONTAL                                                                       |  |                    |  |                         |  |                    |  | <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente   |  |
| Vencimento                                                                                             |  | Nº do Documento    |  | Espécie da Moeda        |  | Valor do Documento |  | <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso) |  |
| 17/06/2025                                                                                             |  | 9427/001           |  | R\$                     |  | 144,90             |  |                                                                                                                           |  |
| Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.                                           |  | Data               |  | Assinatura              |  | Data               |  | Entregador                                                                                                                |  |
|                                                                                                        |  |                    |  |                         |  |                    |  |                                                                                                                           |  |
| Local de Pagamento                                                                                     |  |                    |  |                         |  |                    |  | Data do Processamento                                                                                                     |  |
| Até o vencimento, preferencialmente no Banco do Brasil. Após o vencimento, somente no Banco do Brasil. |  |                    |  |                         |  |                    |  | 12/05/2025                                                                                                                |  |

Comprovante de entrega



BANCO DO BRASIL

001 - 9

00190.00009 03066.370002 00234.686178 7 11150000014490

|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|----------------------|--|---------------------------|--|
| Local de Pagamento                                                                                                            |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| Até o vencimento, preferencialmente no Banco do Brasil. Após o vencimento, somente no Banco do Brasil.                        |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| Cedente                                                                                                                       |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| DROGALFARMACEUTICA MATRIZ                                                                                                     |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| AV DR CASSIO PASCHOAL PADOVANI 1900- MORUMBI PIRACICABA/SP - CNPJ: 54.375.647/0001-27                                         |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| Data do Documento                                                                                                             |  | Nº do Documento |  | Espécie do Documento |  | Aceite                    |  |
| 08/05/2025                                                                                                                    |  | 9427/001        |  | DM                   |  | A                         |  |
| Data do Processamento                                                                                                         |  |                 |  |                      |  | 12/05/2025                |  |
| Uso do Banco                                                                                                                  |  | Cip             |  | Carteira             |  | Espécie da Moeda          |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  | 17                   |  | R\$                       |  |
| Quantidade                                                                                                                    |  |                 |  | Valor                |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| Instruções de responsabilidade do Cedente: (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) |  |                 |  |                      |  | Vencimento                |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 17/06/2025                |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | Agência/Código Cedente    |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 5115-2/8357-7             |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | Nosso Número              |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 17/30663700-6             |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 1 (=) Valor do Documento  |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 144,90                    |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 2 (-) Desconto/Abatimento |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 3 (-) Outras Deduções     |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 4 (+) Mora/Multa          |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 5 (+) Outros Acréscimos   |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 6 (=) Valor Cobrado       |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| Sacado                                                                                                                        |  |                 |  |                      |  | 55.110.753/0001-41        |  |
| IRMANDADE STA CASA DE MIS PONTAL                                                                                              |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| RUA R R ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 CENTRO                                                                                  |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| 14.180-000                                                                                                                    |  |                 |  |                      |  | PONTAL-SP                 |  |
| Sacado Avalista                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |

Autenticação Mecânica

Recibo do Sacado



BANCO DO BRASIL

001 - 9

00190.00009 03066.370002 00234.686178 7 11150000014490

|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|----------------------|--|---------------------------|--|
| Local de Pagamento                                                                                                            |  |                 |  |                      |  | Vencimento                |  |
| Até o vencimento, preferencialmente no Banco do Brasil. Após o vencimento, somente no Banco do Brasil.                        |  |                 |  |                      |  | 17/06/2025                |  |
| Cedente                                                                                                                       |  |                 |  |                      |  | Agência/Código Cedente    |  |
| DROGALFARMACEUTICA MATRIZ                                                                                                     |  |                 |  |                      |  | 5115-2/8357-7             |  |
| Data do Documento                                                                                                             |  | Nº do Documento |  | Espécie do Documento |  | Aceite                    |  |
| 08/05/2025                                                                                                                    |  | 9427/001        |  | DM                   |  | A                         |  |
| Data do Processamento                                                                                                         |  |                 |  |                      |  | 12/05/2025                |  |
| Uso do Banco                                                                                                                  |  | Cip             |  | Carteira             |  | Espécie da Moeda          |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  | 17                   |  | R\$                       |  |
| Quantidade                                                                                                                    |  |                 |  | Valor                |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 1 (=) Valor do Documento  |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 144,90                    |  |
| Instruções de responsabilidade do Cedente: (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) |  |                 |  |                      |  | 2 (-) Desconto/Abatimento |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 3 (-) Outras Deduções     |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 4 (+) Mora/Multa          |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 5 (+) Outros Acréscimos   |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  | 6 (=) Valor Cobrado       |  |
|                                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| Sacado                                                                                                                        |  |                 |  |                      |  | 55.110.753/0001-41        |  |
| IRMANDADE STA CASA DE MIS PONTAL                                                                                              |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| RUA R R ANANIAS DA COSTA FREITAS, 753 CENTRO                                                                                  |  |                 |  |                      |  |                           |  |
| 14.180-000                                                                                                                    |  |                 |  |                      |  | PONTAL-SP                 |  |
| Sacado Avalista                                                                                                               |  |                 |  |                      |  |                           |  |

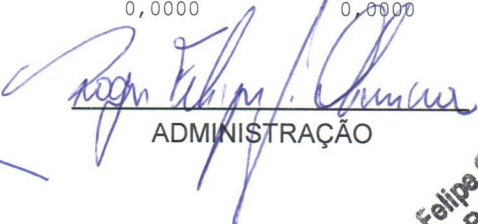
Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



|                                               |                                    |                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| SIH-R<HCMP0004>                               | Emissão 06/05/2025 07:20           | No. Página<br>1    |
| Empresa: IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL |                                    | No. Pedido<br>6862 |
| CNPJ: 55.110.753/0001-41                      |                                    |                    |
| FAX:                                          | Email: dpcompras@iscmpontal.com.br |                    |
| <b>Pedido de Compra</b>                       |                                    |                    |

|                                                    |                                                   |                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo Pedido: PRODUTO                               | Fornecedor: 274 - DROGAL FARMECEUTICA LTDA FL 223 | Data Ped: 06/05/2025           |
| 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.Reg-No.Requis) |
| Centro de Custo                                    | Qtd * (Vlr Unit + Vlr IPI - Desconto) =           | Vlr.Total                      |
| Observação do Pedido                               | TERMO DE CONVÊNIO Nº 013/2022 - T.A Nº 10/2025    |                                |
| 85340- 1 SABONETE LIQUIDO GLICERINADO INFANTIL     | Não Entregou                                      |                                |
| (4) FARMÁCIA                                       | 10,0000 14,4900 0,0000 0,0000                     | 144,9000                       |
| Complemento do item                                |                                                   |                                |

|                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                                                                                                                                           |                |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| Totais:                                                                                                                                                             |                  | Total Bruto dos itens:                                                                                                                                                                                    | 144,9000       |                 |
|                                                                                                                                                                     |                  | Total Descontos dos itens:                                                                                                                                                                                | 0,0000         |                 |
|                                                                                                                                                                     |                  | Total IPI dos itens:                                                                                                                                                                                      | 0,0000         |                 |
| Total dos Itens +                                                                                                                                                   | Encargo Pedido - | Desconto Pedido +                                                                                                                                                                                         | Frete Pedido = | Total do Pedido |
| 144,9000                                                                                                                                                            | 0,0000           | 0,0000                                                                                                                                                                                                    | 0,0000         | 144,9000        |
| <br>COMPRAS<br>Lucimar de S. das Flores<br>Dep. de Compras<br>Santa Casa de Ponta! |                  | <br>ADMINISTRAÇÃO<br><br>Roger Felipe Gomes Oliveira<br>Provedor<br>Imandade da Santa Casa de<br>Misericórdia de Ponta! |                |                 |





**Orçamento Nro - 80435**

Data/hora Impressão 05/05/2025 13:45:47

Data: 05/05/2025

Validade orçamento: 12/05/2025

**Loja** FILIAL 223 - DROGAL PONTAL II

**Cliente** SANTA CASA PONTAL COD:4755

**Condição Pagamento** 40 DIAS

**Pedido Cliente Nro:**

| Cód Loja      | Produto                                    | Qtde      | Valor Bruto       | Valor Desconto  | Valor Líquido     |
|---------------|--------------------------------------------|-----------|-------------------|-----------------|-------------------|
| 63667         | SAB LIQ DOVE BABY HIDRAT GLICERINADA 200ML | 10        | R\$ 144,90        | R\$ 0,00        | R\$ 144,90        |
| <b>Totais</b> |                                            | <b>10</b> | <b>R\$ 144,90</b> | <b>R\$ 0,00</b> | <b>R\$ 144,90</b> |

**Valor a Pagar: 144,90**

*Imposto: 0,00*

SUPERMERCADO BIZARRI MATRIZ  
RUA GETULIO VARGAS, 113 - - VILA ADELAIDE DE FREITAS  
PONTAL - CEP: 14180000 SP TELEFONE: (16)3953-2580  
CNPJ: 10228189000128

Inscrição Estadual: 550082194110

05/05/25 10:53:54

ORÇAMENTO DE VENDA

Nº ORÇAMENTO: 16664

CLIENTE: 1723 - IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE

CADASTRO: 05/05/2025

VENDEDOR: 1 - SUPERMERCADO BIZARRI LTDA

ENTREGA:

| ITEM             | PRODUTO | EAN | DESCRIPTIVO            | VALOR | DESCONTO | QTDE | TOTAL  |
|------------------|---------|-----|------------------------|-------|----------|------|--------|
| 1                | 91008   |     | SAB.LIQ.JOHNSONS 200ML | 25,98 | 0,00     | 9,00 | 233,82 |
| VALOR FRETE:     |         |     |                        |       |          |      | 0,00   |
| OUTRAS DESPESAS: |         |     |                        |       |          |      | 0,00   |
| TOTAL GERAL:     |         |     |                        |       |          |      | 233,82 |

OBSERVAÇÕES:  
TERMO DE CONVÊNIO: 001/2022 - T.A. N 11/2025



# Drogaria Lira e Genari Ltda

Rua 7 de Setembro, 436, Centro, Pontal-SP  
CNPJ: 05540301000121. Insc Est: 550013810112  
Fone: 16 3953 2585

## Orçamento

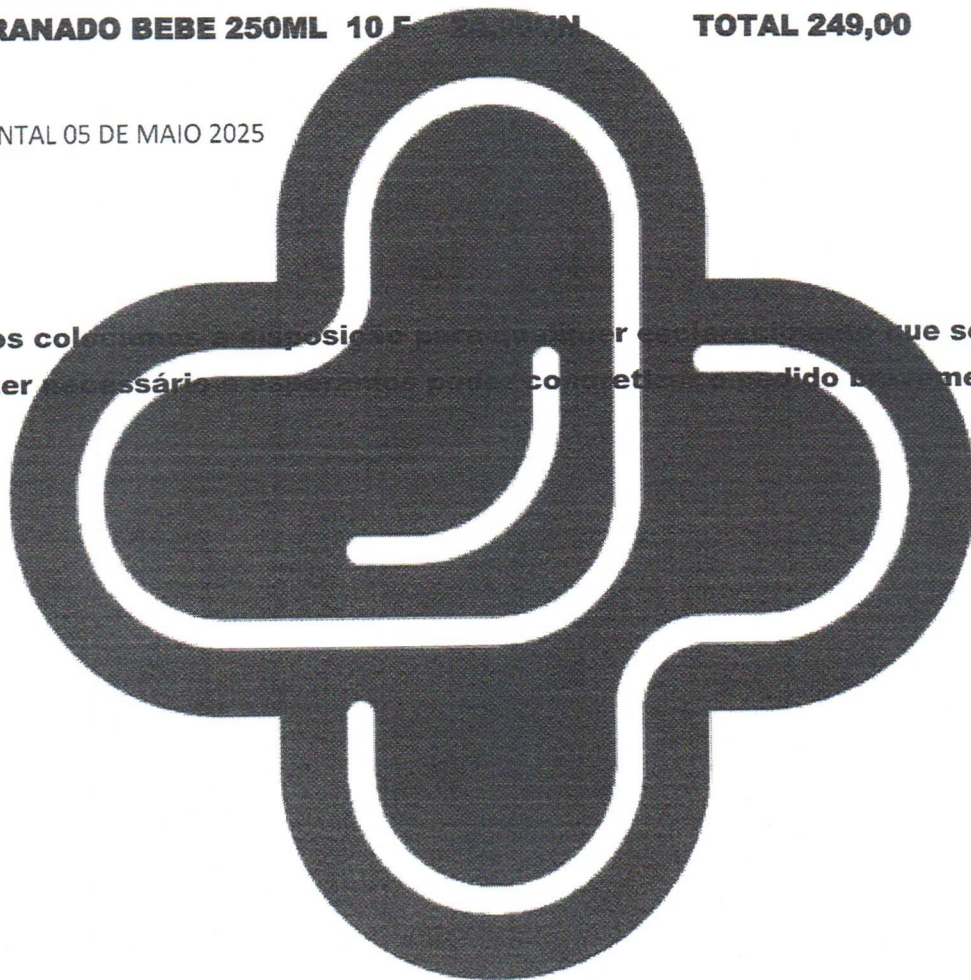
**SABONETE LIQ GLICERINA**

**GRANADO BEBE 250ML 10 F 25,00 ML**

**TOTAL 249,00**

PONTAL 05 DE MAIO 2025

Nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento que se  
fizer necessário, esperando pelo seu retorno cordialmente.



**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3472 / 1292 / 000577518142-1**Conta destino:** 3472 / 1292 / 000577064836-4**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 5.025,90**Data de débito:** 17/06/2025**Data/hora da operação:** 17/06/2025 14:34:08**Código da operação:** 672640943**Chave de segurança:** 8QZT0T54W25AJTL2

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 / 1292 / 000577518142-1 |
| Conta destino: | 3472 / 1292 / 000577064836-4 |

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário:   | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Quantidade de vezes: |                                |
| Valor:               | R\$ 1.456,30                   |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Data de débito:        | 18/06/2025          |
| Data/hora da operação: | 18/06/2025 17:01:57 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 735348126        |
| Chave de segurança: | 5QJMT4JQRGNE9TYS |

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

Departamentos: 47

## EXTRATO MENSAL

### Resumo por Rubrica

|      |                                 |          |             |      |                                 |                |            |
|------|---------------------------------|----------|-------------|------|---------------------------------|----------------|------------|
| 16   | INSALUBRIDADE 20%               | 300,00   | 4.483,16 P  | 315  | DESCONTO PLANO ODONTOLOGICO     | 256,27         | 256,27 D   |
| 200  | HORA EXTRA 100% 2               | 181,44   | 5.997,67 P  | 316  | DESCONTO CONVENIO FUNERARIA     | 39,78          | 39,78 D    |
| 250  | REFLEXO EXTRAS DSR              | 0,00     | 1.156,65 P  | 317  | DESCONTO SEGURO DE VIDA         | 267,99         | 267,99 D   |
| 311  | GRATIFICAÇÃO DE CARGO           | 1.076,42 | 1.076,42 P  | 362  | MENSALIDADE SINDICAL            | 210,00         | 210,00 D   |
| 322  | ADICIONAL NOTURNO 35%           | 602,91   | 3.267,16 P  | 523  | EMP CONSIG (20/48)              | 391,84         | 391,84 D   |
| 806  | MEDIA HORAS FERIAS              | 21,47    | 21,47 P     | 540  | EMP CONSIG (24/48)              | 536,38         | 536,38 D   |
| 854  | REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR       | 0,00     | 635,72 P    | 585  | EMP CONSIG (36/48)              | 394,86         | 394,86 D   |
| 931  | 1/3 DAS FERIAS                  | 33,33    | 123,91 P    | 600  | DESCONTO QUEIMA DO ALHO         | 800,00         | 800,00 D   |
| 995  | SALARIO FAMILIA                 | 59,82    | 59,82 P     | 812  | INSS FERIAS                     | 7,50           | 37,18 D    |
| 8013 | INSALUB 20% DOENCA              | 20,00    | 172,04 P    | 821  | INSS DIFERENCA FERIAS           | 0,00           | 6,55 D     |
| 8781 | DIAS NORMAIS                    | 528,00   | 44.184,26 P | 937  | ADIANTAMENTO DE FERIAS          | 0,00           | 458,46 D   |
| 8783 | DIAS FERIAS                     | 6,00     | 350,26 P    | 998  | I.N.S.S.                        | 160,02         | 5.617,16 D |
| 8785 | DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)      | 17,00    | 856,75 P    | 999  | IMPOSTO DE RENDA                | 202,50         | 1.732,90 D |
| 8870 | DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INT  | 7,00     | 670,49 P    | 8111 | DESCONTO PLANO DE SAÚDE         | 816,18         | 816,18 D   |
| 9230 | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 100,00   | 70,84 P     | 8801 | DESCONTO DIAS AFASTADOS         | 17,00          | 1.028,79 D |
| 9522 | DIAS AFAST. P/DOENCA IGUAL/INF. | 13,00    | 655,16 P    | 9750 | DESC. EMPREST. CREDITO TRABALH. | 1.456,30       | 1.456,30 D |
| 9527 | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 20,00    | 131,56 P    |      |                                 |                |            |
|      |                                 |          |             |      |                                 | Líquido Geral: | 49.862,70  |

**INSS**

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| Salário contribuição empregados:    | 62.038,01 |
| Salário contribuição contribuintes: | 0,00      |
| Excedente:                          | 0,00      |
| Base total:                         | 62.038,01 |
| Segurados:                          | 5.660,89  |
| Empresa:                            | 0,00      |
| RAT:                                | 0,00      |
| Contribuintes:                      | 0,00      |
| Terceiros:                          | 0,00      |
| Total INSS:                         | 5.660,89  |
| Base INSS Receita Bruta:            | 0,00      |
| (-) Salário Família:                | 254,82    |
| (-) Salário Maternidade:            | 0,00      |
| Valores pagos a Cooperativas:       | 0,00      |

## FGTS, PIS e ISS

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Base do FGTS:              | 62.824,73 |
| Valor do FGTS:             | 5.025,90  |
| Base do FGTS Aprendiz:     | 0,00      |
| Valor do FGTS Aprendiz:    | 0,00      |
| Base FGTS Rescisório:      | 0,00      |
| Valor FGTS Rescisório:     | 0,00      |
| Base FGTS Resc. mês ant.:  | 0,00      |
| Valor FGTS Resc. mês ant.: | 0,00      |
| Base PIS:                  | 0,00      |
| Valor PIS:                 | 0,00      |
| Base ISS:                  | 0,00      |
| Valor ISS:                 | 0,00      |

**IRRF conforme competência do cálculo**

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Base IRRF Mensal:          | 54.922,24 |
| Valor IRRF Mensal:         | 1.732,90  |
| Base IRRF Férias:          | 458,46    |
| Valor IRRF Férias:         | 0,00      |
| Base IRRF Partic. Lucros:  | 0,00      |
| Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00      |
| Base IRRF Exterior:        | 0,00      |
| Valor IRRF Exterior:       | 0,00      |
| Base IRRF 13º Salário:     | 0,00      |
| Valor IRRF 13º Salário:    | 0,00      |
| Valor Total do IRRF:       | 1.732,90  |
| IRRF Aluguéis:             | 0,00      |
| IRRF contribuintes:        | 0,00      |

**IRRF conforme competência do pagamento**

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Base IRRF Mensal:          | 49.837,11 |
| Valor IRRF Mensal:         | 1.222,68  |
| Base IRRF Férias:          | 0,00      |
| Valor IRRF Férias:         | 0,00      |
| Base IRRF Partic. Lucros:  | 0,00      |
| Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00      |
| Base IRRF Exterior:        | 0,00      |
| Valor IRRF Exterior:       | 0,00      |
| Base IRRF 13º Salário:     | 0,00      |
| Valor IRRF 13º Salário:    | 0,00      |
| Valor Total do IRRF:       | 1.222,68  |
| IRRF Aluguéis:             | 0,00      |
| IRRF contribuintes:        | 0,00      |

Te' D'Amelio





2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

|                                                              |                                |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Nome:                                                        | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito:                                             | 3472 / 1292 / 000577518142-1   |
| Representação numérica do código de barras:                  |                                |
| 858500000681    237503852513    710716251576    645101600052 |                                |
| Convênio:                                                    | DARF NUMERADO CB RFB           |
| Valor:                                                       | 6.823,75                       |
| Data de débito:                                              | 17/06/2025                     |
| Data/hora da operação:                                       | 17/06/2025                     |
| Código da operação: 92067568                                 |                                |
| Chave de segurança: 1RC4TW0899K57CMQ                         |                                |

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



## Documento de Arrecadação de Receitas Federais

|                                                            |                                                                          |                                                     |                                               |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 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>Maio/2025</b>                    | Data de Vencimento<br><b>20/06/2025</b>                                  | Número do Documento<br><b>07.16.25157.6451016-0</b> | Pagar este documento até<br><b>20/06/2025</b> |
| Observações<br><b>Nº Recibo Declaração: 50000350684248</b> |                                                                          |                                                     | Valor Total do Documento<br><b>6.823,75</b>   |

| Composição do Documento de Arrecadação |                                                                                                                                     |           |       |       |          |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-------|----------|
| Código                                 | Denominação                                                                                                                         | Principal | Multa | Juros | Total    |
| 1082                                   | CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO<br>01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO<br>PA:05/2025 Vencimento:20/06/2025            | 5.601,07  |       |       | 5.601,07 |
| 0561                                   | IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO<br>07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS<br>PA:05/2025 Vencimento:20/06/2025 | 1.222,68  |       |       | 1.222,68 |
| Totais                                 |                                                                                                                                     | 6.823,75  |       |       | 6.823,75 |

SENDER (Versão:5.2.5)Página: 1 / 106/06/2025 11:46:30

85850000068 1 23750385251 3 71071625157 6 64510160005 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85850000068 1 23750385251 3 71071625157 6 64510160005 2



CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Número: 07.16.25157.6451016-0  
Pagar até: 20/06/2025  
Valor: 6.823,75

Pague com o PIX





Departamentos: 47

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

| Código     | Nome do empregado                           |    | Base cálculo | Excedente | Ded.sal.mat.13 | Deduções | Taxa  | Valor    |
|------------|---------------------------------------------|----|--------------|-----------|----------------|----------|-------|----------|
| EMPREGADOS |                                             |    |              |           |                |          |       |          |
| 6          | ALEXANDRA MARIA PONTES                      |    | 4.241,01     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,51  | 403,32   |
| 7          | ALICIA MARTINS DOS SANTOS                   |    | 3.024,05     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,48  | 256,29   |
| 14         | APARECIDA DONIZETE DOS SANTOS               |    | 3.024,05     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,48  | 256,29   |
| 16         | ARIADINA MARQUES DA COSTA                   |    | 3.326,33     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,80  | 292,56   |
| 20         | CINTHIA CAROLINE DA SILVA GONCALVES MIRANDA |    | 3.809,90     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,20  | 350,59   |
| 22         | DAILAINE SOARES PAES                        |    | 3.583,09     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,02  | 323,37   |
| 213        | DANILA FERNANDA SOUZA OLIVEIRA              |    | 2.515,69     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,09  | 203,64   |
| 25         | EDILAINE DOS SANTOS                         |    | 3.998,46     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,33  | 373,21   |
| 27         | EDMEIA SILVESTRE SOARES                     |    | 5.257,86     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 10,38 | 545,68   |
| 28         | EDUARDA CATARINA GOMES                      |    | 3.504,80     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,96  | 313,98   |
| 29         | ELAINE BRAULINO FERREIRA                    |    | 4.415,64     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,69  | 427,77   |
| 31         | ELISANGELA DE JESUS AZEVEDO PEREIRA         |    | 3.705,72     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,12  | 338,09   |
| 34         | ERICA FERNANDA DA SILVA                     |    | 2.956,79     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,39  | 248,21   |
| 246        | GRACIELA VIEIRA DE OLIVEIRA                 |    | 3.728,16     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,14  | 340,78   |
| 60         | JESSICA CRISTINA VICENTE                    |    | 1.955,06     | 0,00      | 0,00           | 59,82    | 7,84  | 153,18   |
| 78         | JUSIMARIA SILVA DE OLIVEIRA                 |    | 1.996,50     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 7,86  | 156,91   |
| 122        | OSVALDO PEREIRA DOS ANJOS JUNIOR            |    | 5.213,52     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 10,35 | 539,47   |
| 123        | PAULA DA SILVA VIANA                        |    | 1.781,38     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 7,72  | 137,55   |
|            | Empregados:                                 | 18 | Total:       | 62.038,01 | 0,00           | 0,00     | 59,82 | 5.660,89 |
|            | Contribuintes:                              | 0  | Total:       | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 0,00  | 0,00     |
|            | Total:                                      | 18 | Total:       | 62.038,01 | 0,00           | 0,00     | 59,82 | 5.660,89 |

Resumo Geral das bases de INSS

|       | Base cálculo | Excedente | Segurados | Contribuintes | RAT  | Empresa | Deduções | Terceiros | Total    |
|-------|--------------|-----------|-----------|---------------|------|---------|----------|-----------|----------|
| Total | 62.038,01    | 0,00      | 5.660,89  | 0,00          | 0,00 | 0,00    | 59,82    | 0,00      | 5.601,07 |

Empresa: 994 - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Período: 01/05/2025 a 31/05/2025  
Departamentos: 47

Página: 1/2  
Emissão: 06/06/2025  
Horas: 10:00:43

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Período: 01/05/2025 a 31/05/2025

Empregados: 19 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Base de Cálculo: 56.685,48 Abatimentos: 4.724,45 Dependentes: 1.516,72 Valor a Pagar: 1.222,68

Resumo Geral IRRF

| Cód. de Recolhimento | Periodicidade | Valores Acum. Comp. Ant. | Valor a Recolher | Valor a Compensar | Valor a Pagar | Valor a Acumular |
|----------------------|---------------|--------------------------|------------------|-------------------|---------------|------------------|
| Todos                |               | 04/2025                  | 0,00             | 0,00              | 0,00          | 0,00             |
| 0561                 | Mensal        | 04/2025                  | 0,00             | 14.075,60         | 0,00          | 14.075,60        |
| 0588                 | Mensal        | 04/2025                  | 0,00             | 0,00              | 0,00          | 0,00             |
| Totalizador          |               |                          | 14.075,60        | 0,00              | 14.075,60     | 0,00             |





Consulta de TED Enviada

Via Internet Banking CAIXA

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| Tipo de TED:                | STR0008                      |
| Agência/Conta destino:      | 0001/000034645154-0          |
| Tipo de conta destino:      | CC                           |
| Nome do destinatário 1:     | IGOR ALVES SERV MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ do destinatário 1: | 40002757000139               |
| Valor (R\$):                | 5.886,00                     |
| Valor da tarifa (R\$):      | 0,00                         |
| Finalidade:                 | Credito em Conta             |
| Data-Hora da operação:      | 18/06/2025                   |
| Nr. Doc:                    | 408166                       |
| Número de Controle CAIXA:   | 733408166                    |

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



# Prefeitura de Ribeirão Preto

## NFS-e - Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

RPS: 77 - Data: 16/06/2025

Número  
243

Data de emissão  
16/06/2025 15:47

Código de verificação  
3A6840BB0



### Prestador de Serviços

Razão Social: Igor Alves Servicos Medicos Ltda  
CNPJ: 40.002.757/0001-39  
Inscrição Municipal: 20126327  
Rua Guarujá, 341 - 84 - 84 apto 84 - Jardim Paulista  
Ribeirão Preto - SP - 14090-102  
(16) 9606-0668

### Tomador dos Serviços

Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Rua Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro  
Pontal - SP - 14180-041  
contasmedicas@iscmpontal.com.br

### Serviços

|                                                                                                                       |                                                  |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Código CNAE<br>8630503                                                                                                | Item LC 116/2003<br>04.01                        | Atividade do Município<br>40101 - Medicina |
| Descrição do Serviço                                                                                                  |                                                  |                                            |
| Serviços prestados em pronto atendimento ZÉ D'AMÉLIA no mês de MAIO de 2025 referente ao TA 010 do convênio 013/2022. |                                                  |                                            |
| DADOS BANCÁRIOS:<br>Igor Alves Serviços Médicos Ltda<br>CNPJ: 40.002.757/0001-39                                      |                                                  |                                            |
| BANCO INTER (077)<br>Agência: 0001<br>Conta: 34645154-0                                                               |                                                  |                                            |
| Município de Incidência<br>Ribeirão Preto - SP                                                                        | Município de Prestação do Serviço<br>Pontal - SP | Natureza da Operação<br>Exigível           |
| Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00                                                                                     | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00              | Deduções Base de Cálculo<br>R\$ 0,00       |
| 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                                                                                                      | ISS Retido<br>Não                                | Outras Retenções<br>R\$ 0,00               |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 5.886,00                                                                              | Total ISSQN (%)<br>R\$ 117,72 (2,00%)            | Valor Líquido da NFS-e<br>R\$ 5.886,00     |

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e \s\n II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."



## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Igor Alves*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT. HORAS | ASSINATURA                             |
|-----|--------|---------|-------|--------------|----------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |              | FERIADO                                |
| 02  | SEX    |         |       |              |                                        |
| 03  | SAB    |         |       |              |                                        |
| 04  | DOM    |         |       |              |                                        |
| 05  | SEG    |         |       |              |                                        |
| 06  | TER    |         |       |              |                                        |
| 07  | QUA    | 13:00   | 19:00 | 6h           | <i>Dr. Igor Alves</i><br>CRM-SP 227038 |
| 08  | QUI    |         |       |              |                                        |
| 09  | SEX    |         |       |              |                                        |
| 10  | SAB    |         |       |              |                                        |
| 11  | DOM    |         |       |              |                                        |
| 12  | SEG    | 07:00   | 13:00 | 6h           | <i>Dr. Igor Alves</i><br>CRM-SP 227038 |
| 13  | TER    |         |       |              |                                        |
| 14  | QUA    | 07:00   | 19:00 | 12h          | <i>Dr. Igor Alves</i><br>CRM-SP 227038 |
| 15  | QUI    |         |       |              |                                        |
| 16  | SEX    |         |       |              |                                        |
| 17  | SAB    |         |       |              |                                        |
| 18  | DOM    |         |       |              |                                        |
| 19  | SEG    | 07:00   | 13:00 | 6h           | <i>Dr. Igor Alves</i><br>CRM-SP 227038 |
| 20  | TER    |         |       |              |                                        |
| 21  | QUA    | 07:00   | 19:00 | 12h          | <i>Dr. Igor Alves</i><br>CRM-SP 227038 |
| 22  | QUI    |         |       |              |                                        |
| 23  | SEX    |         |       |              |                                        |
| 24  | SAB    |         |       |              |                                        |
| 25  | DOM    |         |       |              |                                        |
| 26  | SEG    |         |       |              |                                        |
| 27  | TER    |         |       |              |                                        |
| 28  | QUA    | 07:00   | 19:00 | 12h          | <i>Dr. Igor Alves</i><br>CRM-SP 227038 |
| 29  | QUI    |         |       |              |                                        |
| 30  | SEX    |         |       |              |                                        |
| 31  | SAB    |         |       |              |                                        |

CARIMBO DO MÉDICO

*Dr. Igor Alves*  
CRM-SP 227038

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 157 | IGOR NASCIMENTO ALVES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 17  |                       |
| Total do Médico:        | 17  |                       |
| Total Geral:            | 17  |                       |



|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 157 | IGOR NASCIMENTO ALVES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 29  |                       |
| Total do Médico:        | 29  |                       |
| Total Geral:            | 29  |                       |

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 157 | IGOR NASCIMENTO ALVES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 47  |                       |
| Total do Médico:        | 47  |                       |
| Total Geral:            | 47  |                       |



|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 157 | IGOR NASCIMENTO ALVES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 40  |                       |
| Total do Médico:        | 40  |                       |
| Total Geral:            | 40  |                       |

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 157 | IGOR NASCIMENTO ALVES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 35  |                       |
| Total do Médico:        | 35  |                       |
| Total Geral:            | 35  |                       |



|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 157 | IGOR NASCIMENTO ALVES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 33  |                       |
| Total do Médico:        | 33  |                       |
| Total Geral:            | 33  |                       |



**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DR IGOR NASCIEMTO ALVES**

**3X6+3X12=54HRS**

**TOTAL: 54 HRS X 109,00= 5.886,00**





2ª Via - Comprovante de pagamento de DARF NUMERADO

|                      |                                                     |
|----------------------|-----------------------------------------------------|
| Agente arrecadador:  | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL                             |
| Código de barras:    | 858200000074 446003852516 710716251681 065986459598 |
| Data do pagamento:   | 18/06/2025                                          |
| Número do documento: | 07162516806598645                                   |
| Valor total:         | 744,60                                              |

|                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| Nome:            | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| Conta de débito: | 3472 / 1292 / 000577518142-1   |

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| Convênio:                  | Receita Federal do Brasil |
| Identificação da operação: | DARF IRRF                 |

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Data de débito:        | 18/06/2025 |
| Data/hora da operação: | 18/06/2025 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 761896690        |
| Chave de segurança: | LR422S1QZCRK9SNS |

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

142-1

|                                                            |                                                                          |                                                     |                                               |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 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>Maio/2025</b>                    | Data de Vencimento<br><b>20/06/2025</b>                                  | Número do Documento<br><b>07.16.25168.0659864-5</b> | Pagar este documento até<br><b>20/06/2025</b> |
| Observações<br><b>Nº Recibo Declaração: 50000354622683</b> |                                                                          |                                                     | Valor Total do Documento<br><b>744,60</b>     |

| Composição do Documento de Arrecadação |                                                                                                                                       |           |       |       |        |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-------|--------|
| Código                                 | Denominação                                                                                                                           | Principal | Multa | Juros | Total  |
| 1708                                   | IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ<br>06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ<br>PA:05/2025 Vencimento:20/06/2025                   | 181,61    |       |       | 181,61 |
| 5952                                   | RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV<br>07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV<br>PA:05/2025 Vencimento:20/06/2025 | 562,99    |       |       | 562,99 |
| Totais                                 |                                                                                                                                       | 744,60    |       |       | 744,60 |

SENDA (Versão:5.2.5)

Página: 1 / 1

17/06/2025 14:38:57

85820000007 4 44600385251 6 71071625168 1 06598645959 8

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

|               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 85820000007 4 | 44600385251 6 | 71071625168 1 | 06598645959 8 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|



CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Número: 07.16.25168.0659864-5  
Pagar até: 20/06/2025  
Valor: 744,60

Pague com o PIX





| RETENÇÕES DE IMPOSTOS - PONTAL-SP - MAIO /2025 |                                                         |               |                        |                 |               |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|------------------------|-----------------|---------------|
| NF                                             | RAZÃO SOCIAL                                            | VALOR BRUTO   | IMPOSTOS RETIDOS NA NF |                 | VALOR LÍQUIDO |
|                                                |                                                         |               | IRFF                   | PIS/COFINS/CSLL |               |
| 1798                                           | LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. | R\$ 3.445,29  | R\$ 51,68              | R\$ 160,21      | R\$ 3.164,50  |
| 150                                            | MCS CAMPOS LTDA                                         | R\$ 7.194,00  |                        |                 | R\$ 6.956,60  |
| 646                                            | CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO                           | R\$ 5.232,00  | R\$ 78,48              | R\$ 243,29      | R\$ 4.805,59  |
| 127                                            | CLINICA MÉDICA DRª. NAYARA MICHELETO LTDA. - ME.        | R\$ 23.520,00 |                        |                 | R\$ 22.969,63 |
| 561                                            | TOTAL HEALTH CLINICA MEDICA S/S                         | R\$ 3.430,00  | R\$ 51,45              | R\$ 159,50      | R\$ 3.219,06  |
|                                                |                                                         |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
|                                                |                                                         |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
|                                                |                                                         |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
|                                                |                                                         |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
|                                                |                                                         |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
|                                                |                                                         |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
|                                                |                                                         |               | R\$ -                  | R\$ -           | R\$ -         |
|                                                |                                                         |               |                        |                 |               |
| VALOR DA GUIA A SER GERADA DO MÊS              |                                                         |               | R\$ 181,61             | R\$ 562,99      |               |

R\$ 744,60



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                |
|----------------------------|------------------------------------------------|
| Banco:                     | 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                            |
| Conta destino:             | 0737 / 00000026083-9                           |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                       |
| Nome:                      | TRS SERV DE SAUDE LTDA                         |
| CPF/CNPJ:                  | 53.520.081/0001-17                             |
| Valor:                     | R\$ 1.308,00                                   |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                       |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                          |
| Identificação da operação: | NF 56                                          |
| Histórico:                 |                                                |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:02:58 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 00085041         |
| Chave de segurança: | 08RHFTZ38RJ3NHF2 |

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

56

Código de Verificação de Autenticidade

5PKM6OMJW

Data e Hora de Emissão da NFS-e

17/06/2025 às 11:31:26

Chave de Acesso

846673LMIOP0YSWQVK3WLSF9WBPNX0A3

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

Número do Processo

Município de Incidência do ISS

Local da Prestação

Exigível

PONTAL-SP

PONTAL - SP

Número do RPS

Série do RPS

Tipo do RPS

Data do RPS

Competência

17/06/2025

Optante Simples Nacional

Incentivo Fiscal

Regime Especial Tributação

Tipo ISS

1 - Sim

2 - Não

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Cadastro

Nome/Razão Social

53.520.081/0001-17

ISENTO

000011412

000042942

TRS SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA EXP. BENEDITO MOREIRA, 00520

RESIDENCIAL PIRAMIDE DOS DEUSES II

CEP

Cidade

Telefone

E-mail

14180-000

PONTAL-SP

16-3353-3020

societario@pavaocontabilidade.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Nome/Razão Social

55.110.753/0001-41

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 000

CENTRO

CEP/Cod.Postal

Cidade/País

Cod. IBGE

Telefone

E-mail

14180-000

PONTAL - SP

3540200

rh@iscmpontal.com.br

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                                                                                                                  |               |  |              |
|----------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|--------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                                        | Vir. Unitário |  | Total        |
| 1,00                       | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022                                                             | 1.308,00      |  | R\$ 1.308,00 |
|                            |            | DADOS BANCÁRIOS PJ: BANCO SICREDI 748 - AGÊNCIA: 0737 - CONTA: 260839                                                                                                            |               |  |              |
|                            |            | VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (16,70%) FONTE IBPT                                                                                                                                |               |  |              |
|                            |            | SERVIÇOS PRESTADOS PELO SÓCIO PROPRIETÁRIO DA EMPRESA, DISPENSANDO RETENÇÃO PARA A SEGURIDADE SOCIAL, CONFORME INSTRUÇÃO NORMATIVA 2110/22, ARTIGO 115, INCISO III, PARÁGRAFO 3º |               |  |              |
|                            |            | EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL                                                                                                                                            |               |  |              |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Aliquota

Atividade Município

Código CNAE

Código da Obra

Código ART

Medicina e biomedicina

2,01%

0000040000001

Valor Total dos Serviços

Desconto Incondicionado

Deduções Base Cálculo

Base de Cálculo

Total do ISS

ISS Retido

Desconto Condicionado

R\$ 1.308,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 1.308,00

R\$ 26,29

2 - Não

R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS

COFINS

INSS

IRRF

CSLL

Outras Retenções

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.308,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE TRS SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 56 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 5PKM6OMJW.

Data

CPF/RG

Assinatura



## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Thaina Rodrigues*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT.<br>HORAS | ASSINATURA                                                                          |
|-----|--------|---------|-------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |                 | FERIADO                                                                             |
| 02  | SEX    |         |       |                 |                                                                                     |
| 03  | SAB    |         |       |                 |                                                                                     |
| 04  | DOM    |         |       |                 |                                                                                     |
| 05  | SEG    |         |       |                 |                                                                                     |
| 06  | TER    |         |       |                 |                                                                                     |
| 07  | QUA    |         |       |                 |                                                                                     |
| 08  | QUI    |         |       |                 |                                                                                     |
| 09  | SEX    |         |       |                 |                                                                                     |
| 10  | SAB    |         |       |                 |                                                                                     |
| 11  | DOM    |         |       |                 |                                                                                     |
| 12  | SEG    |         |       |                 |                                                                                     |
| 13  | TER    |         |       |                 |                                                                                     |
| 14  | QUA    |         |       |                 |                                                                                     |
| 15  | QUI    |         |       |                 |                                                                                     |
| 16  | SEX    |         |       |                 |                                                                                     |
| 17  | SAB    |         |       |                 |                                                                                     |
| 18  | DOM    | 7:00    | 19:00 | 12h             | <i>Thaina Rodrigues Silva</i><br>Médica<br>CRM-SP 252709 <i>Th</i>                  |
| 19  | SEG    |         |       |                 |                                                                                     |
| 20  | TER    |         |       |                 |                                                                                     |
| 21  | QUA    |         |       |                 |                                                                                     |
| 22  | QUI    |         |       |                 |                                                                                     |
| 23  | SEX    |         |       |                 |                                                                                     |
| 24  | SAB    |         |       |                 |                                                                                     |
| 25  | DOM    | 13:00   | 19:00 | 6h              | <i>Thaina Rodrigues Silva</i><br>Médica<br>CRM-SP 252709 <i>Th</i> <i>Exatou 12</i> |
| 26  | SEG    |         |       |                 |                                                                                     |
| 27  | TER    |         |       |                 |                                                                                     |
| 28  | QUA    |         |       |                 |                                                                                     |
| 29  | QUI    |         |       |                 |                                                                                     |
| 30  | SEX    |         |       |                 |                                                                                     |
| 31  | SAB    |         |       |                 |                                                                                     |

CARIMBO DO MÉDICO

*Thaina Rodrigues Silva*  
Médica  
CRM-SP 252709

|                         |     |                        |
|-------------------------|-----|------------------------|
| Médico:                 | 254 | THAINA RODRIGUES SILVA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA         |
| Total da Especialidade: | 42  |                        |
| Total do Médico:        | 42  |                        |
| Total Geral:            | 42  |                        |

|                         |     |                        |
|-------------------------|-----|------------------------|
| Médico:                 | 254 | THAINA RODRIGUES SILVA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA         |
| Total da Especialidade: | 16  |                        |
| Total do Médico:        | 16  |                        |
| Total Geral:            | 16  |                        |



**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

DRA THAINA RODRIGUES

1X12=12

12HRX 115,00=1380,00

**TOTAL: R\$1.380,00**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 0001 / 00684923939-9                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | FELIPE AUGUSTO OLIVEIRA PEREIRA     |
| CPF/CNPJ:                  | 58.402.653/0001-87                  |
| Valor:                     | R\$ 1.308,00                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 12                               |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:03:17 |

Código da operação: 02203022  
Chave de segurança: UW1RH5CNV8LS4PTR

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

142-1



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20250617u58402653000187

RPS Nº 12 Série 1, emitido em 17/06/2025

|                            |
|----------------------------|
| Número da Nota             |
| <b>00000012</b>            |
| Data e Hora de Emissão     |
| <b>17/06/2025 18:55:13</b> |
| Código de Verificação      |
| <b>TFFW-38SQ</b>           |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **58.402.653/0001-87** Inscrição Municipal: **16136039**  
Nome/Razão Social: **FELIPE AUGUSTO OLIVEIRA PEREIRA LTDA**  
Endereço: **AVENIDA PAULISTA 1636, - BELA VISTA - CEP: 01310-200**  
Município: **SAO PAULO** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **55.110.753/0001-41** Inscrição Municipal: **----**  
Nome/Razão Social: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL**  
Endereço: **RUA ANANIAS COSTA FREITAS 753, - CENTRO - CEP: 14180-000**  
Município: **Pontal** UF: **SP** E-mail: **contasmedicas@iscmpontal.com.br**

**INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022.

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.308,00**

|            |            |            |              |                 |
|------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| -          | -          | -          | -            | -               |

Código do Serviço  
**04030 - Medicina e biomedicina**

|                                |                       |               |                    |               |
|--------------------------------|-----------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%)  | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| <b>0,00</b>                    | <b>1.308,00</b>       | <b>2,01 %</b> | <b>26,29</b>       | <b>0,00</b>   |

|                                   |                          |                                       |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Município da Prestação do Serviço | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |
| -                                 | -                        | <b>R\$26,29(2,01%) / IBPT</b>         |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; Esta NFS-e substitui o RPS Nº 12 Série 1 emitido em 17/06/2025;



## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Felipe Augusto de Oliveira Pereira*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT.<br>HORAS | ASSINATURA                                           |
|-----|--------|---------|-------|-----------------|------------------------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |                 | FERIADO                                              |
| 02  | SEX    |         |       |                 |                                                      |
| 03  | SAB    |         |       |                 |                                                      |
| 04  | DOM    |         |       |                 |                                                      |
| 05  | SEG    |         |       |                 |                                                      |
| 06  | TER    |         |       |                 |                                                      |
| 07  | QUA    |         |       |                 |                                                      |
| 08  | QUI    |         |       |                 |                                                      |
| 09  | SEX    |         |       |                 |                                                      |
| 10  | SAB    |         |       |                 |                                                      |
| 11  | DOM    | 07:00   | 19:00 | 12h             | <i>Felipe Augusto de O. Pereira</i><br>CRM-SP 264030 |
| 12  | SEG    |         |       |                 |                                                      |
| 13  | TER    |         |       |                 |                                                      |
| 14  | QUA    |         |       |                 |                                                      |
| 15  | QUI    |         |       |                 |                                                      |
| 16  | SEX    |         |       |                 |                                                      |
| 17  | SAB    |         |       |                 |                                                      |
| 18  | DOM    |         |       |                 |                                                      |
| 19  | SEG    |         |       |                 |                                                      |
| 20  | TER    |         |       |                 |                                                      |
| 21  | QUA    |         |       |                 |                                                      |
| 22  | QUI    |         |       |                 |                                                      |
| 23  | SEX    |         |       |                 |                                                      |
| 24  | SAB    |         |       |                 |                                                      |
| 25  | DOM    |         |       |                 |                                                      |
| 26  | SEG    |         |       |                 |                                                      |
| 27  | TER    |         |       |                 |                                                      |
| 28  | QUA    |         |       |                 |                                                      |
| 29  | QUI    |         |       |                 |                                                      |
| 30  | SEX    |         |       |                 |                                                      |
| 31  | SAB    |         |       |                 |                                                      |

CARIMBO DO MÉDICO

*Felipe Augusto de O. Pereira*  
CRM-SP 264030

*Wenderson*  
CRM-SP 264030

|                         |     |                                    |
|-------------------------|-----|------------------------------------|
| Médico:                 | 330 | FELIPE AUGUSTO DE OLIVEIRA PEREIRA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA                     |
| Total da Especialidade: | 21  |                                    |
| Total do Médico:        | 21  |                                    |
| Total Geral:            | 21  |                                    |

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA /MAIO 2025**

**DR FELIPE AUGUSTO DE OLIVEIRA PEREIRA**

**1X12=12HRS**

**TOTAL : 12 HRS X109,00= R\$ 1.308,00**





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Banco:                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                   |
| Conta destino:             | 2129 / 00013000291-6                  |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                              |
| Nome:                      | ABUD SERV RADIOLOGICOS LTDA           |
| CPF/CNPJ:                  | 51.819.357/0001-37                    |
| Valor:                     | R\$ 438,61                            |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                              |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                 |
| Identificação da operação: | NF 34637                              |
| Histórico:                 |                                       |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:02:08 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99808762         |
| Chave de segurança: | U6Q25KYURCZXL90T |

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 - Jardim Recreio - SERTÃOZINHO - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e



Centro de Diagnóstico

Número Nota Fiscal:  
34637

Data Emissão:  
11/06/2025

Chave:  
PPWB-ZUTN

ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.

14160-050 - RUA . SEBASTIÃO SAMPAIO, 765 - CENTRO - SERTÃOZINHO - SP - 14160-050

CNPJ/CPF: 51.819.357/0001-37      Inscr. Estadual/RG:

Email: NFE@CONTABILIDADEUNIAO.COM

Telefone: (16) 3946-8301      Inscrição Municipal: 109750

Local de Prestação do Serviço: Sertãozinho

Competência: 06/2025

Exigibilidade: Exigível

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia,

Local de Incidência do Serviço: Sertãozinho

Simple Nacional: Não

DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTAL

Sub. Tributário: Não

RUA: ANANIAS COSTA FREITAS, 753, 753 - CENTRO

PONTAL - SP - CEP: 14180-000

CNPJ/CPF: 55.110.753/0001-41

Inscrição Municipal:

E-mail: rafaela.carlatavares@bol.com.br

Telefone:

Endereço Cobrança: O MESMO

| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS |    |                                                                                    |             |
|----------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Qtd                        | Un | Discriminação dos Serviços                                                         | Valor Total |
| 1                          |    | Referente a serviços prestados no mês 05/2025.<br>TA 010/2025 ao convênio 013/2022 | 460,00      |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Imp. Aprox.: 75.03

Aliquota Imp. Aprox. : 16.31

| RETENÇÕES     |              |                         |                           |                    |                              |                | DESCONTOS            |                        |
|---------------|--------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------|----------------|----------------------|------------------------|
| ISS<br>0,00   | IRRF<br>0,00 | PIS<br>2,99             | COFINS<br>13,80           | CSLL<br>4,60       | INSS<br>0,00                 | OUTROS<br>0,00 | Condicionado<br>0,00 | Incondicionado<br>0,00 |
| VALOR SERVIÇO |              | VALORES DA NFS-e        |                           |                    |                              |                |                      | TOTAL LIQUIDO          |
| 460.00        |              | Repasse/Dedução<br>0.00 | Base de Cálculo<br>460.00 | Alíquota<br>2.00 % | Retenção<br>ISS SEM RETENÇÃO | ISS<br>9.20    | 438,61               |                        |

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://pmsertaozinho.smarapd.com.br/tb/>

Recortar Aqui

Data Emissão  
11/06/2025

Número da NF  
34637

Chave  
PPWB-ZUTN

RECEBI DA EMPRESA ABUD SERVICOS RADIOLOGICOS LTDA.

OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

Local / Data

Assinatura



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Banco:                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                   |
| Conta destino:             | 4442 / 00013004602-8                  |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                              |
| Nome:                      | BEATRIZ MAINE BERG LTDA               |
| CPF/CNPJ:                  | 58.414.162/0001-56                    |
| Valor:                     | R\$ 1.308,00                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                              |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                 |
| Identificação da operação: | NF 23                                 |
| Histórico:                 |                                       |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 13:59:27 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99461895         |
| Chave de segurança: | 1G3P731ZE1P95Y0S |

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



|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|-----------|---------------------------|--|
|  <b>Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP</b><br>Secretaria Municipal da Fazenda<br>Fone: (16) - <a href="https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/">https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/</a> |  <b>Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e</b><br>Número da Nota Fiscal<br>23                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| <b>Dados do Prestador de Serviço</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| <b>Beatriz Maine Berg Ltda</b><br>Avenida Luiz Eduardo Toledo Prado, 777 BLOCO 02 - BLOCO 02 apto 122 - Vila do Golf<br>CEP 14027-250 - Fone: (16)3623-2373 - Ribeirão Preto/ SP<br>legalizacao@grupomscontabilidade.com.br<br>Inscrição Municipal 20929254 - CPF/CNPJ 58.414.162/0001-56    | <table><tr><td>Data de Geração da NFS-e</td><td rowspan="4"></td></tr><tr><td>13/06/2025 16:48:22</td></tr><tr><td>Data de Competência</td></tr><tr><td>13/06/2025</td></tr><tr><td>Cód. de Autenticidade</td><td rowspan="2"></td></tr><tr><td>54A173EFC</td></tr><tr><td>Responsável pela Retenção</td><td></td></tr></table> | Data de Geração da NFS-e                 |  | 13/06/2025 16:48:22         | Data de Competência          | 13/06/2025                        | Cód. de Autenticidade |  | 54A173EFC | Responsável pela Retenção |  |
| Data de Geração da NFS-e                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| 13/06/2025 16:48:22                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Data de Competência                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| 13/06/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Cód. de Autenticidade                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| 54A173EFC                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Responsável pela Retenção                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| <b>Identificação da Nota Fiscal Eletrônica</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Natureza da Operação<br>Exigível                                                                                                                                                                                                                                                             | Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Série do RPS                             | Data de Emissão do RPS                                                              |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Local dos Serviços<br>Pontal - São Paulo                                                                                                                                                                                                                                                     | Município Incidência<br>Ribeirão Preto - São Paulo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| CNPJ/CPF : 55.110.753/0001-41                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | IM :                                     |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Razão Social : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Endereço : Rua Ananias da Costa Freitas                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Número : 753                             |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Complemento :                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Bairro : Centro                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| CEP : 14180-039                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Cidade/UF : Pontal/ SP                   |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Telefone :                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| <b>Dados do Intermediário de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Inscrição Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Razão Social                             |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| <b>Descrição dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022.                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| INFORMAÇÕES BANCÁRIAS: PJ<br>AGÊNCIA: 4442<br>CONTA: 130046028<br>BANCO: SANTANDER                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| ***DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL***                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| <b>Detalhamento dos Tributos</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina -                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Alíquota<br>2,00                         | Item da LC116/2003<br>403                                                           | Cód. NBS                    | Cód. CNAE<br>8610102         |                                   |                       |  |           |                           |  |
| VI. Total dos Serviços<br>R\$ 1.308,00                                                                                                                                                                                                                                                       | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00        | Base de Cálculo<br>R\$ 1.308,00                                                     | Total do ISSQN<br>R\$ 26,16 | ISSQN Retido<br>Não          | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |                       |  |           |                           |  |
| 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 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00      |                       |  |           |                           |  |
| Construção Civil                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Cód. Obra :                              |                                                                                     | Art. :                      |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| <b>Informações Adicionais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                     |                             |                              |                                   |                       |  |           |                           |  |
| 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>

## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

|                                                |                                                       |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO |                                                       |
| MÉDICO:                                        | Beatriz Maíne Berg                                    |
| ESPECIALIDADE:                                 | CLÍNICA MÉDICA                                        |
| LOCAL:                                         | SANTA CASA DE PONTAL (PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA) |
| MÊS/ ANO:                                      | 01/05/2025 A 31/05/2025                               |

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT. HORAS | ASSINATURA |
|-----|--------|---------|-------|--------------|------------|
| 01  | QUI    |         |       |              | FERIADO    |
| 02  | SEX    |         |       |              |            |
| 03  | SAB    |         |       |              |            |
| 04  | DOM    |         |       |              |            |
| 05  | SEG    |         |       |              |            |
| 06  | TER    |         |       |              |            |
| 07  | QUA    |         |       |              |            |
| 08  | QUI    |         |       |              |            |
| 09  | SEX    |         |       |              |            |
| 10  | SAB    |         |       |              |            |
| 11  | DOM    |         |       |              |            |
| 12  | SEG    |         |       |              |            |
| 13  | TER    |         |       |              |            |
| 14  | QUA    |         |       |              |            |
| 15  | QUI    |         |       |              |            |
| 16  | SEX    |         |       |              |            |
| 17  | SAB    | 07:00   | 19:00 |              |            |
| 18  | DOM    |         |       |              |            |
| 19  | SEG    |         |       |              |            |
| 20  | TER    |         |       |              |            |
| 21  | QUA    |         |       |              |            |
| 22  | QUI    |         |       |              |            |
| 23  | SEX    |         |       |              |            |
| 24  | SAB    |         |       |              |            |
| 25  | DOM    |         |       |              |            |
| 26  | SEG    |         |       |              |            |
| 27  | TER    |         |       |              |            |
| 28  | QUA    |         |       |              |            |
| 29  | QUI    |         |       |              |            |
| 30  | SEX    |         |       |              |            |
| 31  | SAB    |         |       |              |            |

Dr. Leoberto de Almeida  


**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

DRA BEATRIZ MAINE BERG

1X12=12

12HRSX 115,00=1380,00

**TOTAL: R\$1.380,00**





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 0001 / 00669061844-8                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | EDSON SANTOS SERV MED LTDA          |
| CPF/CNPJ:                  | 60.246.326/0001-25                  |
| Valor:                     | R\$ 2.616,00                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 3                                |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 13:57:57 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99230998         |
| Chave de segurança: | TH5PAQ53LTAHE13N |

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-e  
Número da Nota Fiscal  
3**Dados do Prestador de Serviço****Edson Santos Servicos Medicos Ltda**Rua Avanhandava, 1414 - Ipiranga  
CEP 14060-133 - Fone: (04)03025-2182 - Ribeirão Preto/ SP  
alvara@medcontabil.com.br  
Inscrição Municipal 20933035 - CPF/CNPJ 60.246.326/0001-25Data de Geração da NFS-e  
**13/06/2025 16:32:34**Data de Competência  
**13/06/2025**Cód. de Autenticidade  
**19F3EA5EC**

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**

|                                                                  |                                          |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| CNPJ/CPF : 55.110.753/0001-41                                    | IM :                                     |
| Razão Social : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |                                          |
| Endereço : Rua Ananias da Costa Freitas                          | Número : 753                             |
| Complemento :                                                    | Bairro : Centro                          |
| CEP : 14180-039                                                  | Cidade/UF : Pontal/ SP                   |
| Telefone :                                                       | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br |

**Dados do Intermediário de Serviços**

|          |                     |              |
|----------|---------------------|--------------|
| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|----------|---------------------|--------------|

**Descrição dos Serviços**REFERENTE AOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR. EDSON HENRIQUE DOS SANTOS.  
SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022.  
VALOR: R\$2.616,00DADOS BANCÁRIOS  
RAZÃO SOCIAL: EDSON SANTOS SERVICOS MEDICOS LTDA  
CNPJ 60246326000125  
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS S.A (NUBANK)  
CONTA: 669061844 - 8  
AGÊNCIA: 0001  
PIX: 60246326000125**Detalhamento dos Tributos**

|                                              |                    |                                     |                                   |                                 |                              |                              |                                            |                                   |
|----------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina - |                    |                                     |                                   | Alíquota<br>2,01                | Item da LC116/2003<br>403    | Cód. NBS                     | Cód. CNAE<br>8610102                       |                                   |
| VI. Total dos Serviços<br>R\$ 2.616,00       |                    | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 2.616,00 |                              | Total do ISSQN<br>R\$ 52,58  | ISSQN Retido<br>Não                        | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |
| 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 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00 | VI. Líquido da Nota Fiscal<br>R\$ 2.616,00 |                                   |

|                  |             |        |
|------------------|-------------|--------|
| Construção Civil | Cód. Obra : | Art. : |
|------------------|-------------|--------|

**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>



## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

|                                                |                                                       |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO |                                                       |
| MÉDICO:                                        | Edson Henrique                                        |
| ESPECIALIDADE:                                 | CLÍNICA MÉDICA                                        |
| LOCAL:                                         | SANTA CASA DE PONTAL (PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA) |
| MÊS/ ANO:                                      | 01/05/2025 A 31/05/2025                               |

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT. HORAS   | ASSINATURA                                                                  |
|-----|--------|---------|-------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |                | <b>FERIADO</b><br>Dr. Edson Henrique dos Santos<br>Médico<br>CRM/SP: 271752 |
| 02  | SEX    | 13:00   | 19:00 | 6h             |                                                                             |
| 03  | SAB    |         |       |                |                                                                             |
| 04  | DOM    |         |       |                |                                                                             |
| 05  | SEG    |         |       |                |                                                                             |
| 06  | TER    |         |       |                |                                                                             |
| 07  | QUA    |         |       |                |                                                                             |
| 08  | QUI    |         |       |                |                                                                             |
| 09  | SEX    |         |       |                |                                                                             |
| 10  | SAB    |         |       |                |                                                                             |
| 11  | DOM    |         |       |                |                                                                             |
| 12  | SEG    |         |       |                |                                                                             |
| 13  | TER    |         |       |                |                                                                             |
| 14  | QUA    |         |       |                |                                                                             |
| 15  | QUI    |         |       |                | Dr. Edson Henrique dos Santos<br>Médico<br>CRM/SP: 271752                   |
| 16  | SEX    | 13:00   | 19:00 | 6h             |                                                                             |
| 17  | SAB    |         |       |                | Dr. Edson Henrique dos Santos<br>Médico<br>CRM/SP: 271752                   |
| 18  | DOM    | 07:00   | 19:00 | 12h - urgência |                                                                             |
| 19  | SEG    |         |       |                |                                                                             |
| 20  | TER    |         |       |                |                                                                             |
| 21  | QUA    |         |       |                |                                                                             |
| 22  | QUI    |         |       |                |                                                                             |
| 23  | SEX    |         |       |                |                                                                             |
| 24  | SAB    |         |       |                | Dr. Edson Henrique dos Santos<br>Médico<br>CRM/SP: 271752                   |
| 25  | DOM    | 07:00   | 19:00 | 12h            |                                                                             |
| 26  | SEG    |         |       |                |                                                                             |
| 27  | TER    |         |       |                |                                                                             |
| 28  | QUA    |         |       |                |                                                                             |
| 29  | QUI    |         |       |                |                                                                             |
| 30  | SEX    |         |       |                |                                                                             |
| 31  | SAB    |         |       |                |                                                                             |



|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 323 | EDSON HENRIQUE DOS SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 34  |                           |
| Total do Médico:        | 34  |                           |
| Total Geral:            | 34  |                           |

|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 323 | EDSON HENRIQUE DOS SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 21  |                           |
| Total do Médico:        | 21  |                           |
| Total Geral:            | 21  |                           |

|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 323 | EDSON HENRIQUE DOS SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 26  |                           |
| Total do Médico:        | 26  |                           |
| Total Geral:            | 26  |                           |



|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 323 | EDSON HENRIQUE DOS SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 54  |                           |
| Total do Médico:        | 54  |                           |
| Total Geral:            | 54  |                           |



**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DR EDSON HENRIQUE DOS SANTOS**

**2X6+1X12=24**

**TOTAL: 24 HRS X 109,00= R\$ 2.616,00**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 0001 / 00939495069-3                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | ELOISA POLETTO SERV MED LTDA        |
| CPF/CNPJ:                  | 60.401.126/0001-08                  |
| Valor:                     | R\$ 654,00                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 3                                |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 13:59:12 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 98844274         |
| Chave de segurança: | 3PUXXY5UYLP9E7U4 |

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-e**  
Número da Nota Fiscal  
**3**

### Dados do Prestador de Serviço

**Eloisa Poletto Servicos Medicos Ltda**  
**Eloisa Poletto Servicos Medicos Ltda**

Rua Marcos Markarian, 565 - Nova Aliança  
CEP 14026-583 - Fone: (05)09984-6894 - Ribeirão Preto/ SP  
eloisa.polleto@gmail.com  
Inscrição Municipal 20933374 - CPF/CNPJ 60.401.126/0001-08

Data de Geração da NFS-e  
**16/06/2025 13:00:32**  
Data de Competência  
**16/06/2025**  
Cód. de Autenticidade  
**8D6F2A0DA**  
Responsável pela Retenção



### Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

|                                                         |                                                           |              |                        |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação<br><b>Exigível</b>                 | Número do RPS                                             | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços<br><b>Ribeirão Preto - São Paulo</b> | Município Incidência<br><b>Ribeirão Preto - São Paulo</b> |              |                        |

### 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> 14180-039                                                  | <b>Cidade/UF :</b> Pontal/ SP                   |
| <b>Telefone :</b>                                                       | <b>E-mail :</b> contasmedicas@iscmpontal.com.br |

### Dados do Intermediário de Serviços

|                 |                            |                     |
|-----------------|----------------------------|---------------------|
| <b>CNPJ/CPF</b> | <b>Inscrição Municipal</b> | <b>Razão Social</b> |
|-----------------|----------------------------|---------------------|

### Descrição dos Serviços

SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022.

Valor da nota: R\$ 654,00  
NOME DO BANCO: Nubank  
AGÊNCIA: 001  
CONTA JURÍDICA: 939495069-3

### Detalhamento dos Tributos

|                                                     |                                            |                                          |                                      |                                    |                                     |                                          |                                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Atividade do Município<br><b>40101 - Medicina -</b> |                                            |                                          |                                      | Alíquota<br><b>2,00</b>            | Item da LC116/2003<br><b>401</b>    | Cód. NBS                                 | Cód. CNAE<br><b>8630503</b>                            |
| <b>VI. Total dos Serviços</b><br><b>R\$ 654,00</b>  | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b> | Base de Cálculo<br><b>R\$ 654,00</b> | Total do ISSQN<br><b>R\$ 13,08</b> | ISSQN Retido<br><b>Não</b>          | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b> |                                                        |
| PIS<br><b>R\$ 0,00</b>                              | COFINS<br><b>R\$ 0,00</b>                  | INSS<br><b>R\$ 0,00</b>                  | IRRF<br><b>R\$ 0,00</b>              | CSLL<br><b>R\$ 0,00</b>            | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> | VI. ISSQN Retido<br><b>R\$ 0,00</b>      | <b>VI. Líquido da Nota Fiscal</b><br><b>R\$ 654,00</b> |
| <b>Construção Civil</b>                             |                                            | <b>Cód. Obra :</b>                       |                                      |                                    | <b>Art. :</b>                       |                                          |                                                        |

### Informações Adicionais

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

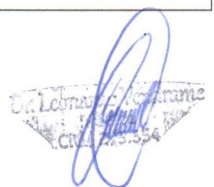
**Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 3543402126040112600010800000000000325061750078834.**

## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

|                                                |                                                       |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO |                                                       |
| MÉDICO:                                        | <i>Helvina Poletto</i>                                |
| ESPECIALIDADE:                                 | CLÍNICA MÉDICA                                        |
| LOCAL:                                         | SANTA CASA DE PONTAL (PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA) |
| MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025              |                                                       |

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT.<br>HORAS | ASSINATURA             |
|-----|--------|---------|-------|-----------------|------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |                 | FERIADO                |
| 02  | SEX    |         |       |                 |                        |
| 03  | SAB    |         |       |                 |                        |
| 04  | DOM    |         |       |                 |                        |
| 05  | SEG    | 13:00   | 19:00 | 6               | <i>Helvina Poletto</i> |
| 06  | TER    |         |       |                 |                        |
| 07  | QUA    |         |       |                 |                        |
| 08  | QUI    |         |       |                 |                        |
| 09  | SEX    |         |       |                 |                        |
| 10  | SAB    |         |       |                 |                        |
| 11  | DOM    |         |       |                 |                        |
| 12  | SEG    |         |       |                 |                        |
| 13  | TER    |         |       |                 |                        |
| 14  | QUA    |         |       |                 |                        |
| 15  | QUI    |         |       |                 |                        |
| 16  | SEX    |         |       |                 |                        |
| 17  | SAB    |         |       |                 |                        |
| 18  | DOM    |         |       |                 |                        |
| 19  | SEG    |         |       |                 |                        |
| 20  | TER    |         |       |                 |                        |
| 21  | QUA    |         |       |                 |                        |
| 22  | QUI    |         |       |                 |                        |
| 23  | SEX    |         |       |                 |                        |
| 24  | SAB    |         |       |                 |                        |
| 25  | DOM    |         |       |                 |                        |
| 26  | SEG    |         |       |                 |                        |
| 27  | TER    |         |       |                 |                        |
| 28  | QUA    |         |       |                 |                        |
| 29  | QUI    |         |       |                 |                        |
| 30  | SEX    |         |       |                 |                        |
| 31  | SAB    |         |       |                 |                        |

CARIMBO DO MÉDICO



Dr. Helvina Poletto  
CRM 123456

|                         |     |                |
|-------------------------|-----|----------------|
| Médico:                 | 329 | ELOISA POLETTO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA |
| Total da Especialidade: | 12  |                |
| Total do Médico:        | 12  |                |
| Total Geral:            | 12  |                |





**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DRA HELOISA POLETTO**

**1X6=6HRS**

**TOTAL: 6HRS X 109,00= R\$ 654,00**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3171 / 00000056009-0                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | ADRIEL COSTA SERV MED LTDA                        |
| CPF/CNPJ:                  | 53.076.549/0001-26                                |
| Valor:                     | R\$ 4.578,00                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 89                                             |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 13:58:37 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 98791403         |
| Chave de segurança: | 9G9ZGP136PV2UWJ9 |

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-e**  
Número da Nota Fiscal  
89

### Dados do Prestador de Serviço

#### Adriel Costa Servicos Medicos Ltda

Rua Abrahão Issa Halack, 710 APT 29 COND EOND ED VILLAGGIO - Ribeirânia  
CEP 14096-175 - Fone: (16)3623-2373 - Ribeirão Preto/ SP  
Inscrição Municipal 20169086 - CPF/CNPJ 53.076.549/0001-26

Data de Geração da NFS-e

**16/06/2025 14:04:55**

Data de Competência

**16/06/2025**

Cód. de Autenticidade

**A605639DA**

Responsável pela Retenção



### Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

|                                                 |                                                           |              |                        |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| Natureza da Operação<br><b>Exigível</b>         | Número do RPS                                             | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
| Local dos Serviços<br><b>Pontal - São Paulo</b> | Município Incidência<br><b>Ribeirão Preto - São Paulo</b> |              |                        |

### Dados do Tomador de Serviços

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

**IM :**

**Razão Social :** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

**Endereço :** Rua Ananias da Costa Freitas

**Número :** 753

**Complemento :**

**Bairro :** Centro

**CEP :** 14180-000

**Cidade/UF :** Pontal/ SP

**Telefone :**

**E-mail :** [contasmedicas@iscmpontal.com.br](mailto:contasmedicas@iscmpontal.com.br)

### Dados do Intermediário de Serviços

|          |                     |              |
|----------|---------------------|--------------|
| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|----------|---------------------|--------------|

### Descrição dos Serviços

SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022.

Informações Bancárias : PJ

Banco: SICOOB SAROM

Agência: 3171

Conta Corrente: 56.009-0

CNPJ: 66.402.207/0001-09

**\*\*DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL\*\***

### Detalhamento dos Tributos

|                                                      |                                            |                                          |                                        |                                    |                                     |                                     |                                                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Atividade do Município<br><b>40101 - Medicina -</b>  |                                            |                                          |                                        | Alíquota<br><b>2,00</b>            | Item da LC116/2003<br><b>403</b>    | Cód. NBS                            | Cód. CNAE<br><b>8610102</b>                              |
| <b>VI. Total dos Serviços</b><br><b>R\$ 4.578,00</b> | Desconto Incondicionado<br><b>R\$ 0,00</b> | Deduções Base Cálculo<br><b>R\$ 0,00</b> | Base de Cálculo<br><b>R\$ 4.578,00</b> | Total do ISSQN<br><b>R\$ 91,56</b> |                                     | ISSQN Retido<br><b>Não</b>          | Desconto Condicionado<br><b>R\$ 0,00</b>                 |
| PIS<br><b>R\$ 0,00</b>                               | COFINS<br><b>R\$ 0,00</b>                  | INSS<br><b>R\$ 0,00</b>                  | IRRF<br><b>R\$ 0,00</b>                | CSLL<br><b>R\$ 0,00</b>            | Outras Retenções<br><b>R\$ 0,00</b> | VI. ISSQN Retido<br><b>R\$ 0,00</b> | <b>VI. Líquido da Nota Fiscal</b><br><b>R\$ 4.578,00</b> |
| <b>Construção Civil</b>                              |                                            | <b>Cód. Obra :</b>                       |                                        |                                    | <b>Art. :</b>                       |                                     |                                                          |

### 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>



## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Adriel*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT.<br>HORAS | ASSINATURA                                     |
|-----|--------|---------|-------|-----------------|------------------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |                 | <b>FERIADO</b>                                 |
| 02  | SEX    | 07:00   | 19:00 | 12              | Dr. Adriel L. Costa<br>Médico<br>CRM-SP 248932 |
| 03  | SAB    |         |       |                 |                                                |
| 04  | DOM    |         |       |                 |                                                |
| 05  | SEG    |         |       |                 |                                                |
| 06  | TER    |         |       |                 |                                                |
| 07  | QUA    |         |       |                 |                                                |
| 08  | QUI    |         |       |                 | Dr. Adriel L. Costa<br>Médico<br>CRM-SP 248932 |
| 09  | SEX    | 07:00   | 19:00 | 12              |                                                |
| 10  | SAB    |         |       |                 |                                                |
| 11  | DOM    |         |       |                 |                                                |
| 12  | SEG    |         |       |                 |                                                |
| 13  | TER    |         |       |                 |                                                |
| 14  | QUA    |         |       |                 |                                                |
| 15  | QUI    |         |       |                 | Dr. Adriel L. Costa<br>Médico<br>CRM-SP 248932 |
| 16  | SEX    | 07:00   | 13:00 | 6               |                                                |
| 17  | SAB    |         |       |                 |                                                |
| 18  | DOM    |         |       |                 |                                                |
| 19  | SEG    |         |       |                 |                                                |
| 20  | TER    |         |       |                 |                                                |
| 21  | QUA    |         |       |                 |                                                |
| 22  | QUI    |         |       |                 | Dr. Adriel L. Costa<br>Médico<br>CRM-SP 248932 |
| 23  | SEX    | 07:00   | 19:00 | 12              |                                                |
| 24  | SAB    |         |       |                 |                                                |
| 25  | DOM    |         |       |                 |                                                |
| 26  | SEG    |         |       |                 |                                                |
| 27  | TER    |         |       |                 |                                                |
| 28  | QUA    |         |       |                 |                                                |
| 29  | QUI    |         |       |                 |                                                |
| 30  | SEX    |         |       |                 |                                                |
| 31  | SAB    |         |       |                 |                                                |

CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Adriel L. Costa  
Médico  
CRM-SP 248932

|                         |     |                    |
|-------------------------|-----|--------------------|
| Médico:                 | 237 | ADRIEL LEITE COSTA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA     |
| Total da Especialidade: | 53  |                    |
| Total do Médico:        | 53  |                    |
| Total Geral:            | 53  |                    |

|                         |     |                    |
|-------------------------|-----|--------------------|
| Médico:                 | 237 | ADRIEL LEITE COSTA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA     |
| Total da Especialidade: | 58  |                    |
| Total do Médico:        | 58  |                    |
| Total Geral:            | 58  |                    |



|                                                                   |                                                         |                                   |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL                              |                                                         | SYSPEC INFORMÁTICA LTDA           |
| HCAA0039 - Relatório de Atendimentos por Convênio e Especialidade |                                                         | Data Emissão: 19/05/2025 08:38:42 |
| SIH-R 6.0.66                                                      | Filtro: Entre 16/05/2025 07:00:00 e 16/05/2025 19:00:00 | Página: 1                         |
| Médico:                                                           | 237                                                     | ADRIEL LEITE COSTA                |
| Especialidade:                                                    | 1 CLINICA MEDICA                                        |                                   |
| Total da Especialidade:                                           | 27                                                      |                                   |
| Total do Médico:                                                  | 27                                                      |                                   |
| Total Geral:                                                      | 27                                                      |                                   |

|                         |     |                    |
|-------------------------|-----|--------------------|
| Médico:                 | 237 | ADRIEL LEITE COSTA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA     |
| Total da Especialidade: | 68  |                    |
| Total do Médico:        | 68  |                    |
| Total Geral:            | 68  |                    |



## **HONORÁRIOS MÉDICOS**

### **PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DR ADRIEL L .COSTA**

**3X12 + 1X6= 42 HRS**

**TOTAL: 42 HRS X 109,00= 4.578,00**





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000108162-4                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | JFC SERV MED LTDA                                 |
| CPF/CNPJ:                  | 51.750.433/0001-03                                |
| Valor:                     | R\$ 11.772,00                                     |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 68                                             |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 13:57:23 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 98881827         |
| Chave de segurança: | TNRWEN9MX31GS0ME |

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

68

Código de Verificação de Autenticidade

DSAGTPR8Q

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/06/2025 às 17:40:36

Chave de Acesso

846153KG92IIQUB1IQU4XBJIUPQ8213

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     | Número do Processo | Município de Incidência do ISS                                             | Local da Prestação |
| Exigível                 |                    | PONTAL-SP                                                                  | PONTAL - SP        |
| Número do RPS            | Série do RPS       | Tipo do RPS                                                                | Data do RPS        |
|                          |                    |                                                                            | 13/06/2025         |
| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                                                 | Tipo ISS           |
| 1 - Sim                  | 2 - Não            | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento |                    |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                                 |                       |                     |           |                                  |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------|----------------------------------|
| CPF/CNPJ                        | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro  | Nome/Razão Social                |
| 51.750.433/0001-03              |                       | 000011300           | 000042392 | JFC SERVICOS MEDICOS LTDA        |
| Logradouro                      |                       | Complemento         |           | Bairro                           |
| RUA GUILHERME VENTURELLI, 00392 |                       |                     |           | JARDIM RESIDENCIAL CONTEMPORÂNEO |
| CEP                             | Cidade                | Telefone            |           | E-mail                           |
| 14180-000                       | PONTAL-SP             |                     |           |                                  |

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                             | Vir. Unitário | Total         |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022. | 11.772,00     | R\$ 11.772,00 |
|       |            | Informações Bancárias: PJ<br>Banco 756<br>Agência 3214<br>Conta 108.162-4                                             |               |               |
|       |            | **DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**                                                     |               |               |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003:                          | Aliquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART            |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 04.01                                 | 2,00%                   | 0000040000001         |                 |                |                       |
| Medicina e biomedicina                |                         |                       |                 |                |                       |
| Valor Total dos Serviços              | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido            |
| R\$ 11.772,00                         | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 11.772,00   | R\$ 235,44     | 2 - Não               |
|                                       |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|                                       |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |
| Retenções de Impostos                 |                         |                       |                 |                |                       |
| PIS                                   | COFINS                  | INSS                  | IRRF            | CSLL           | Outras Retenções      |
| R\$ 0,00                              | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 0,00        | R\$ 0,00       | R\$ 0,00              |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 11.772,00 |                         |                       |                 |                |                       |
| Val. Aprox. Tributos:                 |                         |                       |                 |                |                       |
| Informações Complementares            |                         |                       |                 |                |                       |

RECEBI(EMOS) DE JFC SERVICOS MEDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 68 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO DSAGTPR8Q.

Data

CPF/RG

Assinatura



## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Júlia Carneiro*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT. HORAS | ASSINATURA                                         |
|-----|--------|---------|-------|--------------|----------------------------------------------------|
| 01  | QUI    | 7       | 19    | 12h          | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 02  | SEX    |         |       |              |                                                    |
| 03  | SAB    |         |       |              |                                                    |
| 04  | DOM    |         |       |              |                                                    |
| 05  | SEG    |         |       |              |                                                    |
| 06  | TER    |         |       |              |                                                    |
| 07  | QUA    |         |       |              |                                                    |
| 08  | QUI    | 7       | 19    | 12h          | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 09  | SEX    | 7       | 19    | 12h          | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 10  | SAB    |         |       |              |                                                    |
| 11  | DOM    |         |       |              |                                                    |
| 12  | SEG    |         |       |              |                                                    |
| 13  | TER    |         |       |              |                                                    |
| 14  | QUA    |         |       |              |                                                    |
| 15  | QUI    | 7       | 19    | 12h          | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 16  | SEX    | 7       | 13    | 6h           | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 17  | SAB    |         |       |              |                                                    |
| 18  | DOM    |         |       |              |                                                    |
| 19  | SEG    |         |       |              |                                                    |
| 20  | TER    |         |       |              |                                                    |
| 21  | QUA    |         |       |              |                                                    |
| 22  | QUI    | 7h      | 19h   | 12h          | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 23  | SEX    | 7h      | 19h   | 12h          | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 24  | SAB    |         |       |              |                                                    |
| 25  | DOM    |         |       |              |                                                    |
| 26  | SEG    | 13h     | 19h   | 6h           | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 27  | TER    |         |       |              |                                                    |
| 28  | QUA    |         |       |              |                                                    |
| 29  | QUI    | 7h      | 19h   | 12h          | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 30  | SEX    | 7h      | 19h   | 12h          | Drª Júlia Furlan Carneiro<br>MÉDICA<br>CRM: 247583 |
| 31  | SAB    |         |       |              |                                                    |

CARIMBO DO MÉDICO

*Júlia Furlan Carneiro*  
MÉDICA  
CRM: 247583



|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 226 | JULIA FURLAN CARNEIRO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 27  |                       |
| Total do Médico:        | 27  |                       |
| Total Geral:            | 27  |                       |

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 226 | JULIA FURLAN CARNEIRO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 72  |                       |
| Total do Médico:        | 72  |                       |
| Total Geral:            | 72  |                       |

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 226 | JULIA FURLAN CARNEIRO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 62  |                       |
| Total do Médico:        | 62  |                       |
| Total Geral:            | 62  |                       |



|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 226 | JULIA FURLAN CARNEIRO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 64  |                       |
| Total do Médico:        | 64  |                       |
| Total Geral:            | 64  |                       |

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 226 | JULIA FURLAN CARNEIRO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 31  |                       |
| Total do Médico:        | 31  |                       |
| Total Geral:            | 31  |                       |

Médico:      226      JULIA FURLAN CARNEIRO

**Especialidade:**      1 CLINICA MEDICA

Total da Especialidade:      64

Total do Médico:      64

Total Geral:      64



|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 226 | JULIA FURLAN CARNEIRO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 64  |                       |
| Total do Médico:        | 64  |                       |
| Total Geral:            | 64  |                       |

Médico:

226

JULIA FURLAN CARNEIRO

Especialidade:

1 CLINICA MEDICA

Total da Especialidade:

69

Total do Médico:

69

Total Geral:

69

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 226 | JULIA FURLAN CARNEIRO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 43  |                       |
| Total do Médico:        | 43  |                       |
| Total Geral:            | 43  |                       |



|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 226 | JULIA FURLAN CARNEIRO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 72  |                       |
| Total do Médico:        | 72  |                       |
| Total Geral:            | 72  |                       |



**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DRA JULIA CARNEIRO**

**2X6+8X12=108HRS**

**TOTAL: 108 HRS X 109,00= R\$ 11.772,00**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 3619 / 00000002485-6                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | MCS CAMPOS LTDA                     |
| CPF/CNPJ:                  | 37.684.217/0001-78                  |
| Valor:                     | R\$ 5.058,82                        |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 155                              |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 13:58:20 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99263881         |
| Chave de segurança: | 2VVRC093F27Z94U5 |

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

155

Código de Verificação de Autenticidade

XQXRU2Y4P

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/06/2025 às 15:45:51

Chave de Acesso

846097NZFV6OQ8BNVKGOGGLNUKNC0WOI

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     | Número do Processo | Município de Incidência do ISS                                             | Local da Prestação |
| Exigível                 |                    | PONTAL-SP                                                                  | PONTAL - SP        |
| Número do RPS            | Série do RPS       | Tipo do RPS                                                                | Data do RPS        |
|                          |                    |                                                                            | 13/06/2025         |
| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                                                 | Tipo ISS           |
| 1 - Sim                  | 2 - Não            | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento |                    |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                          |                       |                     |           |                               |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|-----------|-------------------------------|
| CPF/CNPJ                 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro  | Nome/Razão Social             |
| 37.684.217/0001-78       |                       | 000010153           | 000037888 | MCS CAMPOS LTDA               |
| Logradouro               |                       | Complemento         |           | Bairro                        |
| AV. CRISTO REDENTOR, 734 |                       | SALA 03             |           | JARDIM PRINCESA               |
| CEP                      | Cidade                | Telefone            |           | E-mail                        |
| 14180-000                | PONTAL-SP             | 16-99295-8999       |           | mariacarolinasteski@gmail.com |

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                             | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022. | 5.232,00      | R\$ 5.232,00 |
|       |            | valor aprox.de trib.19,05% - R\$ 996,70                                                                               |               |              |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.03

Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...

Aliquota 3,31%

Atividade Município 0000040000003

Código CNAE

Código da Obra

Código ART

Valor Total dos Serviços

Desconto Incondicionado

Deduções Base Cálculo

Base de Cálculo

Total do ISS

ISS Retido

Desconto Condicionado

R\$ 5.232,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 5.232,00

R\$ 173,18

1 - Sim

R\$ 0,00

Retenções de Impostos

|          |          |          |          |          |                  |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS      | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 5.058,82

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$703,70 Estadual (13,45%) R\$703,70 Municipal (2,90%) R\$151,73

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE MCS CAMPOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 155 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO XQXRU2Y4P.

Data

CPF/RG

Assinatura

## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: Dra. Maria Fernanda

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT. HORAS | ASSINATURA                                                           |
|-----|--------|---------|-------|--------------|----------------------------------------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |              | FERIADO                                                              |
| 02  | SEX    |         |       |              |                                                                      |
| 03  | SAB    |         |       |              |                                                                      |
| 04  | DOM    |         |       |              |                                                                      |
| 05  | SEG    |         |       |              |                                                                      |
| 06  | TER    | 07h     | 19h   | 12h          | <u>Dra. Maria Fernanda Stecki Campos</u><br>Médica<br>CRM/SP: 247589 |
| 07  | QUA    |         |       |              |                                                                      |
| 08  | QUI    |         |       |              |                                                                      |
| 09  | SEX    |         |       |              |                                                                      |
| 10  | SAB    |         |       |              |                                                                      |
| 11  | DOM    |         |       |              |                                                                      |
| 12  | SEG    |         |       |              |                                                                      |
| 13  | TER    | 07h     | 19h   | 12h          | <u>Dra. Maria Fernanda Stecki Campos</u><br>Médica<br>CRM/SP: 247589 |
| 14  | QUA    |         |       |              |                                                                      |
| 15  | QUI    |         |       |              |                                                                      |
| 16  | SEX    |         |       |              |                                                                      |
| 17  | SAB    |         |       |              |                                                                      |
| 18  | DOM    |         |       |              |                                                                      |
| 19  | SEG    |         |       |              |                                                                      |
| 20  | TER    | 07h     | 19h   | 12h          | <u>Dra. Maria Fernanda Stecki Campos</u><br>Médica<br>CRM/SP: 247589 |
| 21  | QUA    |         |       |              |                                                                      |
| 22  | QUI    |         |       |              |                                                                      |
| 23  | SEX    |         |       |              |                                                                      |
| 24  | SAB    |         |       |              |                                                                      |
| 25  | DOM    |         |       |              |                                                                      |
| 26  | SEG    |         |       |              |                                                                      |
| 27  | TER    | 07h     | 19h   | 12h          | <u>Dra. Maria Fernanda Stecki Campos</u><br>Médica<br>CRM/SP: 247589 |
| 28  | QUA    |         |       |              |                                                                      |
| 29  | QUI    |         |       |              |                                                                      |
| 30  | SEX    |         |       |              |                                                                      |
| 31  | SAB    |         |       |              |                                                                      |

Dra. Maria Fernanda Stecki Campos  
Médica  
CRM/SP: 247589

Dra. Maria Fernanda Stecki Campos  
Médica  
CRM/SP: 247589

|                                                                   |                                                         |                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|
| IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL                              |                                                         | SYSPEC INFORMÁTICA LTDA           |  |
| HCAA0039 - Relatório de Atendimentos por Convênio e Especialidade |                                                         | Data Emissão: 03/06/2025 07:55:26 |  |
| SIH-R 6.0.66                                                      | Filtro: Entre 27/05/2025 07:00:00 e 27/05/2025 19:00:00 | Página: 1                         |  |
| Médico:                                                           | 224                                                     | MARIA FERNANDA STESKI CAMPOS      |  |
| Especialidade:                                                    |                                                         | 1 CLINICA MEDICA                  |  |
| Total da Especialidade:                                           |                                                         | 91                                |  |
| Total do Médico:                                                  |                                                         | 91                                |  |
| Total Geral:                                                      |                                                         | 91                                |  |



|                         |     |                              |
|-------------------------|-----|------------------------------|
| Médico:                 | 224 | MARIA FERNANDA STESKI CAMPOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA               |
| Total da Especialidade: | 78  |                              |
| Total do Médico:        | 78  |                              |
| Total Geral:            | 78  |                              |

|                         |     |                              |
|-------------------------|-----|------------------------------|
| Médico:                 | 224 | MARIA FERNANDA STESKI CAMPOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA               |
| Total da Especialidade: | 92  |                              |
| Total do Médico:        | 92  |                              |
| Total Geral:            | 92  |                              |

|                         |     |                              |
|-------------------------|-----|------------------------------|
| Médico:                 | 224 | MARIA FERNANDA STESKI CAMPOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA               |
| Total da Especialidade: | 70  |                              |
| Total do Médico:        | 70  |                              |
| Total Geral:            | 70  |                              |



|                         |     |                              |
|-------------------------|-----|------------------------------|
| Médico:                 | 224 | MARIA FERNANDA STESKI CAMPOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA               |
| Total da Especialidade: | 96  |                              |
| Total do Médico:        | 96  |                              |
| Total Geral:            | 96  |                              |



**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DRA MARIA FERNANDA STESKI CAMPOS**

**4X12=48HRS**

**TOTAL: 48HRS X 109,00= R\$ 5.232,00**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000036984-5                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLIN ORTOP MICHIELETO                             |
| CPF/CNPJ:                  | 22.182.151/0001-40                                |
| Valor:                     | R\$ 4.805,59                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 654                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:00:02 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99311924         |
| Chave de segurança: | WQL15HH24116TLK1 |

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

654

Código de Verificação de Autenticidade

9XTE48YSR

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/06/2025 às 15:04:29

Chave de Acesso

846035N1TGIOJRSL3OZ4F2154SF3E9K3

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 | Número do Processo       | Município de Incidência do ISS | Local da Prestação         |
| Exigível             |                          | PONTAL-SP                      | PONTAL - SP                |
| Número do RPS        | Série do RPS             | Tipo do RPS                    | Data do RPS                |
|                      |                          |                                | 13/06/2025                 |
| Competência          | Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal               | Regime Especial Tributação |
| 13/06/2025           | 2 - Não                  | 2 - Não                        | Não Possui                 |
|                      |                          |                                | Tipo ISS                   |
|                      |                          |                                | 03 - Sobre Faturamento     |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                          |                       |                     |           |                               |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|-----------|-------------------------------|
| CPF/CNPJ                 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro  | Nome/Razão Social             |
| 22.182.151/0001-40       | ISENTO                | 000008601           | 000030926 | CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO |
| Logradouro               |                       | Complemento         |           | Bairro                        |
| RUA ELPÍDIO VICENTE, 325 |                       |                     |           | CENTRO                        |
| CEP                      | Cidade                | Telefone            |           | E-mail                        |
| 14180-000                | PONTAL-SP             | 16-3953-1357        |           | luciano@3ax.com.br            |

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                                |  |  | Vir. Unitário | Total        |
|----------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|--------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                      |  |  |               |              |
| 1,00                       | UN         | Serviços prestados em pronto atendimento Zé d Âmélia ref MAIO/25 do Convenio 13/22 TA 011/2025 |  |  | 5.232,00      | R\$ 5.232,00 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina

Alíquota

2,00%

Atividade Município

0000040000001

Código CNAE

8630503

Código da Obra

Código ART

|                          |                         |                       |                 |              |            |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|------------|-----------------------|
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 5.232,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 5.232,00    | R\$ 104,64   | 1 - Sim    | R\$ 0,00              |

Retenções de Impostos

|                        |                           |          |                         |                         |                  |
|------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| PIS (5.232,00 x 0,65%) | COFINS (5.232,00 x 3,00%) | INSS     | IRRF (5.232,00 x 1,50%) | CSLL (5.232,00 x 1,00%) | Outras Retenções |
| R\$ 34,01              | R\$ 156,96                | R\$ 0,00 | R\$ 78,48               | R\$ 52,32               | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 4.805,59

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 CLÍNICA ORTOPÉDICA MICHIELETO O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 654 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 9XTE48YSR.

Data

CPF/RG

Assinatura

## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Luciano michieletto*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA  | QUANT. HORAS | Dr. Luciano J. Michieletto<br>Médico :<br>CRM 108.450 | ASSINATURA                                                                  |
|-----|--------|---------|--------|--------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 01  | QUI    | 7:00h   | 19:00h | 12h          | 32                                                    | <i>[Signature]</i><br>FERIADO                                               |
| 02  | SEX    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 03  | SAB    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 04  | DOM    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 05  | SEG    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 06  | TER    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 07  | QUA    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 08  | QUI    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 09  | SEX    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 10  | SAB    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 11  | DOM    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 12  | SEG    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 13  | TER    |         |        |              |                                                       | <i>[Signature]</i><br>Dr. Luciano J. Michieletto<br>Médico :<br>CRM 108.450 |
| 14  | QUA    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 15  | QUI    | 7:00h   | 19:00h | 12h          | 12                                                    | <i>[Signature]</i><br>Dr. Luciano J. Michieletto<br>Médico :<br>CRM 108.450 |
| 16  | SEX    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 17  | SAB    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 18  | DOM    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 19  | SEG    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 20  | TER    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 21  | QUA    |         |        |              |                                                       | <i>[Signature]</i><br>Dr. Luciano J. Michieletto<br>Médico :<br>CRM 108.450 |
| 22  | QUI    | 7:00h   | 19:00h | 12h          | 12                                                    | <i>[Signature]</i><br>Dr. Luciano J. Michieletto<br>Médico :<br>CRM 108.450 |
| 23  | SEX    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 24  | SAB    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 25  | DOM    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 26  | SEG    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 27  | TER    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 28  | QUA    |         |        |              |                                                       | <i>[Signature]</i><br>Dr. Luciano J. Michieletto<br>Médico :<br>CRM 108.450 |
| 29  | QUI    | 7:00h   | 19:00h | 12h          | 12                                                    | <i>[Signature]</i><br>Dr. Luciano J. Michieletto<br>Médico :<br>CRM 108.450 |
| 30  | SEX    |         |        |              |                                                       |                                                                             |
| 31  | SAB    |         |        |              |                                                       |                                                                             |

CARIMBO DO MÉDICO

*[Signature]*  
Dr. Luciano J. Michieletto  
CRM 108.450

|                                                                   |                                                         |                                   |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL                              |                                                         | SYSPEC INFORMÁTICA LTDA           |
| HCAA0039 - Relatório de Atendimentos por Convênio e Especialidade |                                                         | Data Emissão: 19/05/2025 09:03:05 |
| SIH-R 6.0.66                                                      | Filtro: Entre 01/05/2025 07:00:00 e 01/05/2025 19:00:00 | Página: 1                         |
| Médico:                                                           | 19                                                      | LUCIANO JOSE MICHIELETO           |
| Especialidade:                                                    | 1 CLINICA MEDICA                                        |                                   |
| Total da Especialidade:                                           | 33                                                      |                                   |
| Especialidade:                                                    | 48 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                            |                                   |
| Total da Especialidade:                                           | 1                                                       |                                   |
| Total do Médico:                                                  | 34                                                      |                                   |
| Total Geral:                                                      | 34                                                      |                                   |



|                         |    |                           |
|-------------------------|----|---------------------------|
| Médico:                 | 19 | LUCIANO JOSE MICHIELETO   |
| Especialidade:          | 1  | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 65 |                           |
| Especialidade:          | 48 | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| Total da Especialidade: | 1  |                           |
| Total do Médico:        | 66 |                           |
| Total Geral:            | 66 |                           |

|                                                                   |                                                         |                                   |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL                              |                                                         | SYSPEC INFORMÁTICA LTDA           |
| HCAA0039 - Relatório de Atendimentos por Convênio e Especialidade |                                                         | Data Emissão: 03/06/2025 08:09:30 |
| SIH-R 6.0.66                                                      | Filtro: Entre 29/05/2025 07:00:00 e 29/05/2025 19:00:00 | Página: 1                         |
| Médico:                                                           | 19                                                      | LUCIANO JOSE MICHIELETO           |
| Especialidade:                                                    | 1                                                       | CLINICA MEDICA                    |
| Total da Especialidade:                                           | 68                                                      |                                   |
| Total do Médico:                                                  | 68                                                      |                                   |
| Total Geral:                                                      | 68                                                      |                                   |

Médico:

19

LUCIANO JOSE MICHIELETO

Especialidade:

1 CLINICA MEDICA

Total da Especialidade:

72

Total do Médico:

72

Total Geral:

72





**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DR LUCIANO MICHELETO**

**4X12=48HRS**

**TOTAL: 48HRS X 109,00= R\$ 5.232,00**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Banco:                     | 260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                 |
| Conta destino:             | 0001 / 00415489342-3                |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                            |
| Nome:                      | M MASTRANGE SERV MED LTDA           |
| CPF/CNPJ:                  | 59.143.350/0001-50                  |
| Valor:                     | R\$ 19.110,00                       |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                            |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta               |
| Identificação da operação: | NF 16                               |
| Histórico:                 |                                     |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:00:33 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99361416         |
| Chave de segurança: | L4AXZRHTLSH83N06 |

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

16

Código de Verificação de Autenticidade

KJBEWIZS2

Data e Hora de Emissão da NFS-e

13/06/2025 às 11:29:33

Chave de Acesso

845951JCOI5MIKX0XUY45QID1YHF9T2D

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     | Número do Processo | Município de Incidência do ISS                                             | Local da Prestação |
| Exigível                 |                    | PONTAL-SP                                                                  | PONTAL - SP        |
| Número do RPS            | Série do RPS       | Tipo do RPS                                                                | Data do RPS        |
|                          |                    |                                                                            | 13/06/2025         |
| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                                                 | Tipo ISS           |
| 1 - Sim                  | 2 - Não            | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento |                    |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                         |                       |                     |           |                                   |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|-----------|-----------------------------------|
| CPF/CNPJ                | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro  | Nome/Razão Social                 |
| 59.143.350/0001-50      |                       | 000011792           | 000044439 | M.MASTRANGE SERVIÇOS MEDICOS LTDA |
| Logradouro              |                       | Complemento         |           | Bairro                            |
| RUA ARMINIO PUPO, 00167 |                       |                     |           | RESIDENCIAL PRIMAVERA             |
| CEP                     | Cidade                | Telefone            |           | E-mail                            |
| 14180-000               | PONTAL-SP             |                     |           | ANCONTAB@TERRA.COM.BR             |

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                        | Vir. Unitário | Total         |
|-------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE PEDIATRIA REF MES DE MAIO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°010/2025 AO CONV N°013/2022 | 19.110,00     | R\$ 19.110,00 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

|                          |                         |                       |                 |                |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.01       | Alíquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART            |
| Medicina e biomedicina   | 2,00%                   | 0000040000001         | 8630503         |                |                       |
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido            |
| R\$ 19.110,00            | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 19.110,00   | R\$ 382,20     | 2 - Não               |
|                          |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|                          |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |

Retenções de Impostos

|                                       |          |          |          |          |                       |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| PIS                                   | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções      |
| R\$ 0,00                              | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00              |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 19.110,00 |          |          |          |          | Val. Aprox. Tributos: |

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE M.MASTRANGE SERVIÇOS MEDICOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 16 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO KJBEWIZS2.

Data

CPF/RG

Assinatura

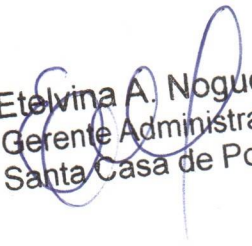


**HONORÁRIOS PEDIATRIA PRONTO ATENDIMENTO  
MAIO/2025**

**DRA. MAYARA APARECIDA MASTRANGI VIANA**

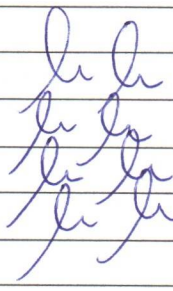
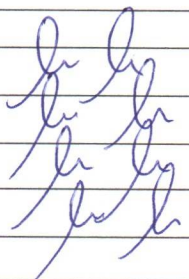
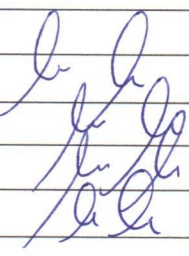
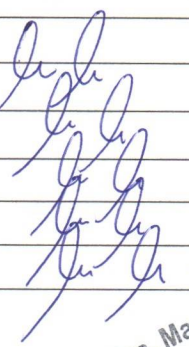
**136.5 HORAS NORMAIS X \$140,00 = \$19.110,00**

**TOTAL R\$19.110,00**

  
Etelvina A. Nogueira  
Gerente Administrativa  
Santa Casa de Pontal

## PLANTÕES ATENDIMENTO PEDIATRIA

|                                                       |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| <b>REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO</b> |  |
| MÉDICO: <u>Mayara Mastrange</u>                       |  |
| ESPECIALIDADE: <u>PEDIATRIA</u>                       |  |
| LOCAL: <u>SANTA CASA DE PONTAL</u>                    |  |
| MÊS/ANO <u>01/05/2025 A 31/05/2025</u>                |  |

| DIA |     | OBS                          | ASSINATURA                                                                            |
|-----|-----|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 01  | QUI |                              | FERIADO                                                                               |
| 02  | SEX |                              | pende                                                                                 |
| 03  | SAB |                              |                                                                                       |
| 04  | DOM |                              |                                                                                       |
| 05  | SEG |                              |                                                                                       |
| 06  | TER | 7:30h-12h-13:30h-17h 8h      |   |
| 07  | QUA | 7:30h-12h-13:30h-17h 8h      |                                                                                       |
| 08  | QUI | 7:30h-12h-13:30h-17h 8h      |                                                                                       |
| 09  | SEX | 7:30h-13h-13:30h-17h 9h      |                                                                                       |
| 10  | SAB |                              |                                                                                       |
| 11  | DOM |                              |                                                                                       |
| 12  | SEG |                              |                                                                                       |
| 13  | TER | 7:30h-13h-13:30h-17h 9h      |  |
| 14  | QUA | 7:30h-12h-13:30-18h 10h      |                                                                                       |
| 15  | QUI | 7:30h-12h-13:30h-17h 8h      |                                                                                       |
| 16  | SEX | 7:30h-14h-13:30h-17h 7h      |                                                                                       |
| 17  | SAB |                              |                                                                                       |
| 18  | DOM |                              |                                                                                       |
| 19  | SEG |                              |                                                                                       |
| 20  | TER | 7:30h-13h-13:30-17h 8h       |  |
| 21  | QUA | 7:30h-12h-13:30-17:30h 8:30h |                                                                                       |
| 22  | QUI | 7:30h-12h-13:30-17h 8h       |                                                                                       |
| 23  | SEX | 7:30h-15h direto 7:30h       |                                                                                       |
| 24  | SAB |                              |                                                                                       |
| 25  | DOM |                              |                                                                                       |
| 26  | SEG |                              |                                                                                       |
| 27  | TER | 7:30-12h-13:30-17h 8h        |  |
| 28  | QUA | 7:30-12h-13:30-17:30h 8:30h  |                                                                                       |
| 29  | QUI | 7:30-12h-13:30-17h 8h        |                                                                                       |
| 30  | SEX | 7:30-12h-13:30-17h 8h        |                                                                                       |
| 31  | SAB | 7h-12h 5h                    |                                                                                       |

33

34

32

37,5

196,5

  
Dra. Mayara Mastrange  
CRM 151920

Dra. Mayara Mastrange  
 Pediatra  
 CRM 151920

|                         |     |                                  |
|-------------------------|-----|----------------------------------|
| Médico:                 | 306 | MAYARA APARECIDA MASTRANGE VIANA |
| Especialidade:          | 51  | PEDIATRIA                        |
| Total da Especialidade: | 382 |                                  |
| Total do Médico:        | 382 |                                  |
| Total Geral:            | 382 |                                  |





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Banco:                     | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                   |
| Conta destino:             | 0375 / 00013000953-8                  |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                              |
| Nome:                      | TOTAL HEALTH CLIN MED S/S             |
| CPF/CNPJ:                  | 11.796.358/0001-99                    |
| Valor:                     | R\$ 4.204,48                          |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                              |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                 |
| Identificação da operação: | NF 568                                |
| Histórico:                 |                                       |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:00:49 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99406475         |
| Chave de segurança: | VW6T7Q339A78UL77 |

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

|                                                                                                                                                                                                         |                                                |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|
|  <div><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA</b><br/>Praça Coronel Francisco Orlando, 600<br/>Telefone: (16)3820-8000</div> | Número do RPS                                  | Número da nota<br>568 |
|                                                                                                                                                                                                         | Data da emissão da nota<br>13/06/2025 10:54:24 |                       |
|                                                                                                                                                                                                         | Data do fato gerador<br>13/06/2025 10:54:24    |                       |
|                                                                                                                                                                                                         | Código de verificação<br>JOJRDOSSW             |                       |

|                                                               |                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                  |                          |
| Nome fantasia: TOTAL HEALTH                                   |                          |
| Nome/Razão social: TOTAL HEALTH CLINICA MEDICA S/S            | Inscrição estadual:      |
| CPF/CNPJ: 11.796.358/0001-99      Inscrição municipal: 279596 | Telefone: (16) 3852-2675 |
| Endereço: AV 10 Número: 253 Bairro: Centro CEP: 14620-000     |                          |
| Complemento: ANEXO SALA 01                                    | Celular: (16) 99169-9649 |
| Município: Orlandia                                           | UF: SP                   |
| E-mail: martavasconcellos@terra.com.br                        | Site:                    |

|                                                                                  |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                       |                                               |
| Nome fantasia:                                                                   |                                               |
| Nome/Razão social: IRMANDANDE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL            |                                               |
| CPF/CNPJ: 55.110.753/0001-41                                                     | Inscrição municipal:      Inscrição estadual: |
| Endereço: RUA ANANIAS DA COSTA FREITAS Número: 753 Bairro: CENTRO CEP: 14180-000 |                                               |
| Complemento:                                                                     |                                               |
| Município: Pontal                                                                | UF: SP                                        |
| E-mail:                                                                          | Telefone:      Celular:                       |

| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                         |                |        |                  |                     |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|------------------|---------------------|-------|
|                                                                                                                                                    | Valor unitário | Qtd    | Valor do serviço | Base de cálculo (%) | ISS   |
| SERVIÇOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE PEDIATRIA REF MES DE MAIO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°010/2025 AO CONV N°013/2022 . | 4.480,0000     | 1,0000 | 4.480,0000       | 4.480,00x2,00 =     | 89,60 |

| Forma de Pagamento |            |         |             |         |            |      |             |
|--------------------|------------|---------|-------------|---------|------------|------|-------------|
| Parcela            | Vencimento | Tipo    | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
| 1                  |            | À vista | 4.204,48    |         |            |      |             |

| RETENÇÕES FEDERAIS         |            |                              |           |           |                  |
|----------------------------|------------|------------------------------|-----------|-----------|------------------|
| PIS/PASEP                  | COFINS     | INSS                         | IR        | CSLL      | Outras retenções |
| R\$ 29,12                  | R\$ 134,40 | R\$ 0,00                     | R\$ 67,20 | R\$ 44,80 | R\$ 0,00         |
| Valor bruto = R\$ 4.480,00 |            | Valor líquido = R\$ 4.204,48 |           |           |                  |

|                                                                                                                                 |                           |               |                      |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|----------------|
| Códigos dos serviços:                                                                                                           |                           |               |                      |                |
| 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. |                           |               |                      |                |
| Desc. condicionado(R\$)                                                                                                         | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS(R\$) |
| 0,00                                                                                                                            | 0,00                      | 0,00          | 4.480,00             | 89,60          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                  |
| Natureza da operação: Tributação no município<br>Situação tributária do ISSQN: Normal<br>Local da prestação do serviço: Pontal<br><br>Situação desta NFS-e: Normal<br>DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: BANCO: 33 SANTANDER AGENCIA: 0375 CONTA CORRENTE: 13000953-8.<br>Valor aproximado do tributo federal - R\$ 602,56 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 120,51 (2,69%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT | <br>Verificar autenticidade |



**HONORÁRIOS PEDIATRIA PRONTO ATENDIMENTO  
MAIO/2025**

**DRA. MARTA CRISTINA VASCONCELLOS**

**32 HORAS NORMAIS X \$140,00 = \$4.480,00**

**Etelvina A. Nogueira**  
**Gerente Administrativa**  
**Santa Casa de Pontal**



## PLANTÕES ATENDIMENTO PEDIATRIA

|                                                |
|------------------------------------------------|
| REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO |
| MÉDICO: <i>Marta Dornellas</i>                 |
| ESPECIALIDADE: PEDIATRIA                       |
| LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL                    |
| MÊS/ANO 01/05/2025 A 31/05/2025                |

| DIA |     | OBS                            | ASSINATURA                                               |
|-----|-----|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 01  | QUI |                                | FERIADO                                                  |
| 02  | SEX |                                |                                                          |
| 03  | SAB |                                |                                                          |
| 04  | DOM |                                |                                                          |
| 05  | SEG | <sup>4.5</sup><br>7:30 - 12:00 | <sup>8.5</sup><br>13:30 - 17h <i>falta consultório</i> 8 |
| 06  | TER |                                |                                                          |
| 07  | QUA |                                |                                                          |
| 08  | QUI |                                |                                                          |
| 09  | SEX |                                |                                                          |
| 10  | SAB |                                |                                                          |
| 11  | DOM |                                |                                                          |
| 12  | SEG | 7:30 - 12:00                   | 13:30 - 17h <i>falta consultório</i> 8                   |
| 13  | TER |                                |                                                          |
| 14  | QUA |                                |                                                          |
| 15  | QUI |                                |                                                          |
| 16  | SEX |                                |                                                          |
| 17  | SAB |                                |                                                          |
| 18  | DOM |                                |                                                          |
| 19  | SEG | 7:30 - 12:00                   | 13:30 - 17h <i>falta consultório</i> 8                   |
| 20  | TER |                                |                                                          |
| 21  | QUA |                                |                                                          |
| 22  | QUI |                                |                                                          |
| 23  | SEX |                                |                                                          |
| 24  | SAB |                                |                                                          |
| 25  | DOM |                                |                                                          |
| 26  | SEG | 7:30 - 12:00                   | 13:30 - 17h <i>falta consultório</i> 8                   |
| 27  | TER |                                |                                                          |
| 28  | QUA |                                |                                                          |
| 29  | QUI |                                |                                                          |
| 30  | SEX |                                |                                                          |
| 31  | SAB |                                |                                                          |

|                         |     |                                       |
|-------------------------|-----|---------------------------------------|
| Médico:                 | 301 | MARTA CRISTINA VASCONCELLOS DORNELLAS |
| Especialidade:          | 51  | PEDIATRIA                             |
| Total da Especialidade: | 79  |                                       |
| Total do Médico:        | 79  |                                       |
| Total Geral:            | 79  |                                       |



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| Banco:                     | 336 - BANCO C6 S.A. - 31872495 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente            |
| Conta destino:             | 0001 / 00030373688-7           |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                       |
| Nome:                      | VALADARES SERV MED LTDA        |
| CPF/CNPJ:                  | 53.175.458/0001-48             |
| Valor:                     | R\$ 7.194,00                   |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                       |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta          |
| Identificação da operação: | NF 72                          |
| Histórico:                 |                                |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:00:18 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99610242         |
| Chave de segurança: | 5741GX0XA4844GGM |

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



|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|-----------|--|---------------------------|--|
|  <b>Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP</b><br>Secretaria Municipal da Fazenda<br>Fone: (16) - <a href="https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/">https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/</a> |  <b>Série do Documento</b><br>Nota Fiscal de Serviço<br>Eletrônica - NFS-e<br>Número da Nota Fiscal<br>72                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| <b>Dados do Prestador de Serviço</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| <b>Valadares Servicos Medicos Ltda</b><br>Rua Abrahão Issa Halack,710 APARTAMENTO 24 - Ribeirânia<br>CEP 14096-175 - Fone: (03)99206-0220 - Ribeirão Preto/ SP<br>amandasvaladares@hotmail.com<br>Inscrição Municipal 20169449 - CPF/CNPJ 53.175.458/0001-48                                 | <table><tr><td>Data de Geração da NFS-e</td><td rowspan="4"></td></tr><tr><td>13/06/2025 16:19:14</td></tr><tr><td>Data de Competência</td></tr><tr><td>13/06/2025</td></tr><tr><td>Cód. de Autenticidade</td><td></td></tr><tr><td>DA3C565EB</td><td></td></tr><tr><td>Responsável pela Retenção</td><td></td></tr></table> | Data de Geração da NFS-e                 |  | 13/06/2025 16:19:14          | Data de Competência          | 13/06/2025                        | Cód. de Autenticidade |  | DA3C565EB |  | Responsável pela Retenção |  |
| Data de Geração da NFS-e                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| 13/06/2025 16:19:14                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Data de Competência                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| 13/06/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Cód. de Autenticidade                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| DA3C565EB                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Responsável pela Retenção                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| <b>Identificação da Nota Fiscal Eletrônica</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Natureza da Operação<br>Exigível                                                                                                                                                                                                                                                             | Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Série do RPS                             | Data de Emissão do RPS                                                              |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Local dos Serviços<br>Pontal - São Paulo                                                                                                                                                                                                                                                     | Município Incidência<br>Ribeirão Preto - São Paulo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| CNPJ/CPF : 55.110.753/0001-41                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | IM :                                     |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Razão Social : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Endereço : Rua Ananias da Costa Freitas                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Número : 753                             |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Complemento :                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Bairro : Centro                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| CEP : 14180-039                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cidade/UF : Pontal/ SP                   |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Telefone :                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| <b>Dados do Intermediário de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Inscrição Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Razão Social                             |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| <b>Descrição dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Serviços médicos prestados pela Dra. Amanda Silveira Valadares CRM 248943-SP<br>SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022.<br><br>DADOS BANCARIOS:<br>BANCO C6 S.A<br>Agência: 0001<br>Conta: 000030373688-7      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| <b>Detalhamento dos Tributos</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina -                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Alíquota<br>2,00                         | Item da LC116/2003<br>401                                                           | Cód. NBS                     | Cód. CNAE<br>8630503         |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| VI. Total dos Serviços<br>R\$ 7.194,00                                                                                                                                                                                                                                                       | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00        | Base de Cálculo<br>R\$ 7.194,00                                                     | Total do ISSQN<br>R\$ 143,88 | ISSQN Retido<br>Não          | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |                       |  |           |  |                           |  |
| 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 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00      |                       |  |           |  |                           |  |
| Construção Civil                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cód. Obra :                              |                                                                                     | Art. :                       |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| <b>Informações Adicionais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                     |                              |                              |                                   |                       |  |           |  |                           |  |
| 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>

## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

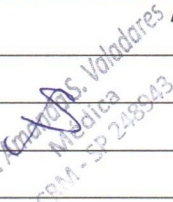
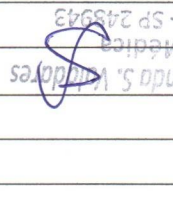
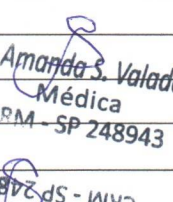
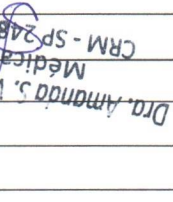
MÉDICO: *Amanda Valadares*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT.<br>HORAS | ASSINATURA                                                                                                                                                   |
|-----|--------|---------|-------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |                 | <br>Dra. Amanda S. Valadares<br>Médica<br>CRM - SP 248943<br><b>FERIADO</b> |
| 02  | SEX    | 7       | 13    | 6h              |                                                                                                                                                              |
| 03  | SAB    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 04  | DOM    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 05  | SEG    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 06  | TER    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 07  | QUA    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 08  | QUI    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 09  | SEX    |         |       |                 | <br>Dra. Amanda S. Valadares<br>Médica<br>CRM - SP 248943                 |
| 10  | SAB    | 7       | 13    | 12              |                                                                                                                                                              |
| 11  | DOM    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 12  | SEG    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 13  | TER    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 14  | QUA    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 15  | QUI    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 16  | SEX    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 17  | SAB    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 18  | DOM    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 19  | SEG    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 20  | TER    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 21  | QUA    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 22  | QUI    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 23  | SEX    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 24  | SAB    | 7       | 13    | 12              | <br>Dra. Amanda S. Valadares<br>Médica<br>CRM - SP 248943                 |
| 25  | DOM    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 26  | SEG    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |
| 27  | TER    | 7       | 13    | 12              |                                                                                                                                                              |
| 28  | QUA    | 7       | 13    | 12              |                                                                                                                                                              |
| 29  | QUI    |         |       |                 | <br>Dra. Amanda S. Valadares<br>Médica<br>CRM - SP 248943                 |
| 30  | SEX    | 7       | 13    | 12              |                                                                                                                                                              |
| 31  | SAB    |         |       |                 |                                                                                                                                                              |

CARIMBO DO MÉDICO

  
Dra. Amanda S. Valadares  
Médica  
CRM - SP 248943

|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 235 | AMANDA SILVEIRA VALADARES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 26  |                           |
| Total do Médico:        | 26  |                           |
| Total Geral:            | 26  |                           |



|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 235 | AMANDA SILVEIRA VALADARES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 42  |                           |
| Total do Médico:        | 42  |                           |
| Total Geral:            | 42  |                           |

|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 235 | AMANDA SILVEIRA VALADARES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 84  |                           |
| Total do Médico:        | 84  |                           |
| Total Geral:            | 84  |                           |

|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 235 | AMANDA SILVEIRA VALADARES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 67  |                           |
| Total do Médico:        | 67  |                           |
| Total Geral:            | 67  |                           |



|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 235 | AMANDA SILVEIRA VALADARES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 58  |                           |
| Total do Médico:        | 58  |                           |
| Total Geral:            | 58  |                           |

|                         |     |                           |
|-------------------------|-----|---------------------------|
| Médico:                 | 235 | AMANDA SILVEIRA VALADARES |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA            |
| Total da Especialidade: | 64  |                           |
| Total do Médico:        | 64  |                           |
| Total Geral:            | 64  |                           |



**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DRA AMANDA VALADARES**

**1X6+5X12=66HRS**

**TOTAL: 66RS X 109,00= R\$ 7.194,00**





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000138800-2                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLIN MED MENESIO SANTOS LTDA                      |
| CPF/CNPJ:                  | 58.647.474/0001-00                                |
| Valor:                     | R\$ 5.886,00                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 17                                             |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 13:59:43 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99657024         |
| Chave de segurança: | VG10HGXM3EFGU74H |

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 do Município de Cajobi

Pref. Mun. de Cajobi

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

17

Código de Verificação de Autenticidade

1ZXYMG3CV

Data e Hora de Emissão da NFS-e

16/06/2025 às 09:35:53

Chave de Acesso

1157544N6KS7A1PK1K315K3MC54HIYKD

Para certificação da autenticidade acesse  
http://notafiscaleletronica.cajobi.sp.gov.br:  
35000/issweb, menu consultas e informe os  
dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

|                          |                    |                                                                           |                    |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Exigibilidade do ISS     | Número do Processo | Município de Incidência do ISS                                            | Local da Prestação |
| Exigível                 |                    | CAJOBI-SP                                                                 | PONTAL - SP        |
| Número do RPS            | Série do RPS       | Tipo do RPS                                                               | Data do RPS        |
|                          |                    |                                                                           | 16/06/2025         |
| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação                                                | Tipo ISS           |
| 1 - Sim                  | 2 - Não            | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 01 - Não Possui ISSQN |                    |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                               |                       |                     |             |                                    |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------|------------------------------------|
| CPF/CNPJ                      | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro    | Nome/Razão Social                  |
| 58.647.474/0001-00            |                       | 002251108           | 000014014   | CLINICA MEDICA MENESIO SANTOS LTDA |
| Logradouro                    |                       |                     | Complemento | Bairro                             |
| RUA JOSE AMELIO DE SOUZA, 355 |                       |                     |             | CENTRO                             |
| CEP                           | Cidade                |                     | Telefone    | E-mail                             |
| 15410-000                     | CAJOBI-SP             |                     |             |                                    |

TOMADOR DE SERVIÇOS

|                              |                       |                     |                                                   |
|------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ/Documento           | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social                                 |
| 55.110.753/0001-41           |                       |                     | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |
| Logradouro                   |                       |                     | Complemento                                       |
| R ANANIAS COSTA FREITAS, 753 |                       |                     |                                                   |
| CEP/Cod.Postal               | Cidade/País           | Cod. IBGE           | Telefone                                          |
| 14180-000                    | PONTAL - SP           | 3540200             |                                                   |
|                              |                       |                     | contasmedicas@iscmpontal.com.br                   |

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                             | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022. | 5.886,00      | R\$ 5.886,00 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.01

Medicina e biomedicina.

Aliquota

2,01%

Atividade Município

0000040000001

Código CNAE

Código da Obra

Código ART

Construção Civil

|                          |                         |                       |                 |              |            |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|------------|-----------------------|
| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 5.886,00             | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 5.886,00    | R\$ 118,31   | 2 - Não    | R\$ 0,00              |

Retenções de Impostos

|          |          |          |          |          |                  |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS      | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 5.886,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

DADOS PARA DEPOSITO BANCARIO: BANCO SICOOB COCRED AG: 3214 - CONTA CORRENTE 138.800-2 Chave PIX CNPJ: 58.647.474/0001-00

RECEBI(EMOS) DE CLINICA MEDICA MENESIO SANTOS LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 17 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 1ZXYMG3CV.

Data

CPF/RG

Assinatura



## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Dra. Maria Sílvia Meneses Santos*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT. HORAS | ASSINATURA                         |
|-----|--------|---------|-------|--------------|------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |              | FERIADO                            |
| 02  | SEX    |         |       |              |                                    |
| 03  | SAB    |         |       |              |                                    |
| 04  | DOM    |         |       |              |                                    |
| 05  | SEG    | 7:00    | 13:00 | 6h           | <i>Maria Sílvia</i>                |
| 06  | TER    |         |       |              |                                    |
| 07  | QUA    | 7:00    | 13:00 | 6h           | <i>Maria Sílvia</i>                |
| 08  | QUI    |         |       |              |                                    |
| 09  | SEX    |         |       |              |                                    |
| 10  | SAB    |         |       |              |                                    |
| 11  | DOM    |         |       |              |                                    |
| 12  | SEG    | 13:00   | 19:00 | 6h           | <i>Maria Sílvia</i>                |
| 13  | TER    | 7:00    | 13:00 | 6h           | <i>Maria Sílvia</i>                |
| 14  | QUA    |         |       |              |                                    |
| 15  | QUI    |         |       |              |                                    |
| 16  | SEX    | 13:00   | 19:00 | 6h           | <i>Maria Sílvia Meneses Santos</i> |
| 17  | SAB    |         |       |              |                                    |
| 18  | DOM    |         |       |              |                                    |
| 19  | SEG    | 13:00   | 19:00 | 6h           | <i>Maria Sílvia</i>                |
| 20  | TER    |         |       |              |                                    |
| 21  | QUA    |         |       |              |                                    |
| 22  | QUI    |         |       |              |                                    |
| 23  | SEX    |         |       |              |                                    |
| 24  | SAB    |         |       |              |                                    |
| 25  | DOM    |         |       |              |                                    |
| 26  | SEG    | 7:00    | 13:00 | 6h           | <i>Maria Sílvia</i>                |
| 27  | TER    |         |       |              |                                    |
| 28  | QUA    |         |       |              |                                    |
| 29  | QUI    |         |       |              |                                    |
| 30  | SEX    |         |       |              |                                    |
| 31  | SAB    | 7:00    | 19:00 | 12h          | <i>Maria Sílvia</i>                |

CARIMBO DO MÉDICO

*Dra. Leonilda V. V. V.*



|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 315 | MARIA SILVIA MENESIO SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA              |
| Total da Especialidade: | 23  |                             |
| Total do Médico:        | 23  |                             |
| Total Geral:            | 23  |                             |

|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 315 | MARIA SILVIA MENESIO SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA              |
| Total da Especialidade: | 30  |                             |
| Total do Médico:        | 30  |                             |
| Total Geral:            | 30  |                             |

|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 315 | MARIA SILVIA MENESIO SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA              |
| Total da Especialidade: | 27  |                             |
| Total do Médico:        | 27  |                             |
| Total Geral:            | 27  |                             |



|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 315 | MARIA SILVIA MENESIO SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA              |
| Total da Especialidade: | 29  |                             |
| Total do Médico:        | 29  |                             |
| Total Geral:            | 29  |                             |

|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 315 | MARIA SILVIA MENESIO SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA              |
| Total da Especialidade: | 14  |                             |
| Total do Médico:        | 14  |                             |
| Total Geral:            | 14  |                             |

|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 315 | MARIA SILVIA MENESIO SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA              |
| Total da Especialidade: | 62  |                             |
| Total do Médico:        | 62  |                             |
| Total Geral:            | 62  |                             |



|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 315 | MARIA SILVIA MENESIO SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA              |
| Total da Especialidade: | 31  |                             |
| Total do Médico:        | 31  |                             |
| Total Geral:            | 31  |                             |

|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 315 | MARIA SILVIA MENESIO SANTOS |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA              |
| Total da Especialidade: | 21  |                             |
| Total do Médico:        | 21  |                             |
| Total Geral:            | 21  |                             |



**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DRA MARIA SILVIA MENESIO SANTOS**

**7X6+1X12=54**

**TOTAL: 54HRS X 109,00= R\$ 5.886,00**





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3188 / 00000131964-7                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | IFS SERV MED LTDA                                 |
| CPF/CNPJ:                  | 44.522.523/0001-73                                |
| Valor:                     | R\$ 3.270,00                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 68                                             |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:01:18 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99704615         |
| Chave de segurança: | 8KHAAQMG55F0K95P |

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-e  
Número da Nota Fiscal  
68

### Dados do Prestador de Serviço

#### Ifs Servicos Medicos Ltda

Rua Abrahão Issa Halack, 678 - apto 42 - Ribeirânia  
CEP 14096-175 - Fone: (16)9204-7776 - Ribeirão Preto/ SP  
Inscrição Municipal 20140165 - CPF/CNPJ 44.522.523/0001-73

Data de Geração da NFS-e  
**16/06/2025 10:05:52**  
Data de Competência  
**16/06/2025**  
Cód. de Autenticidade  
**E6BD1BE14**  
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>Pontal - São Paulo | Município Incidência<br>Ribeirão Preto - São Paulo |              |                        |

### Dados do Tomador de Serviços

|                                                                  |                                          |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| CNPJ/CPF : 55.110.753/0001-41                                    | IM :                                     |
| Razão Social : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL |                                          |
| Endereço : Rua Ananias da Costa Freitas                          | Número : 753                             |
| Complemento :                                                    | Bairro : Centro                          |
| CEP : 14180-039                                                  | Cidade/UF : Pontal/ SP                   |
| Telefone :                                                       | E-mail : contasmedicas@iscmpontal.com.br |

### Dados do Intermediário de Serviços

|          |                     |              |
|----------|---------------------|--------------|
| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|----------|---------------------|--------------|

### Descrição dos Serviços

SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022.

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS: PJ  
BANCO: SICOOB 756  
AGÊNCIA: 3188  
CONTA CORRENTE: 131.964-7

**\*\*DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL\*\***

### Detalhamento dos Tributos

|                                               |                                     |                                   |                                 |                             |                              |                                   |                                            |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina -  |                                     |                                   |                                 | Alíquota<br><b>2,00</b>     | Item da LC116/2003<br>403    | Cód. NBS                          | Cód. CNAE<br>8610102                       |
| VI. Total dos Serviços<br><b>R\$ 3.270,00</b> | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 3.270,00 | Total do ISSQN<br>R\$ 65,40 | ISSQN Retido<br>Não          | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |                                            |
| 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 | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00      | VI. Líquido da Nota Fiscal<br>R\$ 3.270,00 |

|                  |             |        |
|------------------|-------------|--------|
| Construção Civil | Cód. Obra : | Art. : |
|------------------|-------------|--------|

### 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>

## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Dr. Isadora*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA     | SAÍDA | QUANT. HORAS | ASSINATURA                                            |
|-----|--------|-------------|-------|--------------|-------------------------------------------------------|
| 01  | QUI    |             |       |              | FERIADO                                               |
| 02  | SEX    |             |       |              |                                                       |
| 03  | SAB    |             |       |              |                                                       |
| 04  | DOM    |             |       |              |                                                       |
| 05  | SEG    |             |       |              |                                                       |
| 06  | TER    | 07:00 19:00 | 12h   |              | <i>Dr. Isadora Fornari</i><br>Médica<br>CRM-SP 227059 |
| 07  | QUA    |             |       |              |                                                       |
| 08  | QUI    |             |       |              |                                                       |
| 09  | SEX    |             |       |              |                                                       |
| 10  | SAB    |             |       |              |                                                       |
| 11  | DOM    |             |       |              |                                                       |
| 12  | SEG    |             |       |              |                                                       |
| 13  | TER    | 13:00 19:00 | 6h    |              | <i>Dr. Isadora Fornari</i><br>Médica<br>CRM-SP 227059 |
| 14  | QUA    |             |       |              |                                                       |
| 15  | QUI    |             |       |              |                                                       |
| 16  | SEX    |             |       |              |                                                       |
| 17  | SAB    |             |       |              |                                                       |
| 18  | DOM    |             |       |              |                                                       |
| 19  | SEG    |             |       |              |                                                       |
| 20  | TER    | 07:00 19:00 | 12h   |              | <i>Dr. Isadora Fornari</i><br>Médica<br>CRM-SP 227059 |
| 21  | QUA    |             |       |              |                                                       |
| 22  | QUI    |             |       |              |                                                       |
| 23  | SEX    |             |       |              |                                                       |
| 24  | SAB    |             |       |              |                                                       |
| 25  | DOM    |             |       |              |                                                       |
| 26  | SEG    |             |       |              |                                                       |
| 27  | TER    |             |       |              |                                                       |
| 28  | QUA    |             |       |              |                                                       |
| 29  | QUI    |             |       |              |                                                       |
| 30  | SEX    |             |       |              |                                                       |
| 31  | SAB    |             |       |              |                                                       |

CARIMBO DO MÉDICO

*Dr. Isadora Fornari*  
CRM-SP 227059



|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 185 | ISADORA FORNARI SILVA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 57  |                       |
| Total do Médico:        | 57  |                       |
| Total Geral:            | 57  |                       |

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 185 | ISADORA FORNARI SILVA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 31  |                       |
| Total do Médico:        | 31  |                       |
| Total Geral:            | 31  |                       |

|                         |     |                       |
|-------------------------|-----|-----------------------|
| Médico:                 | 185 | ISADORA FORNARI SILVA |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA        |
| Total da Especialidade: | 27  |                       |
| Total do Médico:        | 27  |                       |
| Total Geral:            | 27  |                       |





**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DRA ISADORA FORNARI**

**1X6+2X12=30 HRS**

**TOTAL: 30 HRS X 109,00= R\$ 3.270,00**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 5004 / 00001069924-4                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLIN MED VENDRAME LTDA                            |
| CPF/CNPJ:                  | 46.758.888/0001-27                                |
| Valor:                     | R\$ 7.392,00                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 77                                             |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:01:52 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99756834         |
| Chave de segurança: | RQX8WE0FV8R4KSU3 |

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-e**  
Número da Nota Fiscal  
**77**

### Dados do Prestador de Serviço

#### Clinica Medica Vendrame Ltda

Avenida Norma Valério Corrêa, 715 - bl B apto 121 - Jardim Botânico  
CEP 14021-593 - Fone: (16)9204-7776 - Ribeirão Preto/ SP  
Inscrição Municipal 20147020 - CPF/CNPJ 46.758.888/0001-27

Data de Geração da NFS-e  
**16/06/2025 11:24:51**

Data de Competência  
**16/06/2025**

Cód. de Autenticidade  
**2DDB89D31**

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>Pontal - São Paulo | Município Incidência<br>Ribeirão Preto - São Paulo |              |                        |

### Dados do Tomador de Serviços

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

**Razão Social :** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

**Endereço :** Rua Ananias da Costa Freitas **Número :** 753

**Complemento :** **Bairro :** Centro

**CEP :** 14180-000 **Cidade/UF :** Pontal/ SP

**Telefone :** **E-mail :** [contasmedicas@iscmpontal.com.br](mailto:contasmedicas@iscmpontal.com.br)

### Dados do Intermediário de Serviços

|          |                     |              |
|----------|---------------------|--------------|
| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|----------|---------------------|--------------|

### Descrição dos Serviços

SERVIÇOS PRESTADOS COORDENADOR DE ESCALA EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA, NO MÊS DE MAIO DE 2025, REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS: PJ  
AGÊNCIA: 5004  
BANCO: 756  
CONTA CORRENTE: 1.069.924-4  
CLINICA MEDICA VENDRAME LTDA  
CNPJ: 46.758.888/0001-27

\*\*DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL\*\*

### Detalhamento dos Tributos

|                                                      |                                     |                                   |                                 |                              |                                  |                                   |                                            |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| Atividade do Município<br>40101 - Medicina -         |                                     |                                   |                                 | Alíquota<br><b>2,00</b>      | Item da LC116/2003<br><b>403</b> | Cód. NBS                          | Cód. CNAE<br><b>8610102</b>                |
| <b>VI. Total dos Serviços</b><br><b>R\$ 7.392,00</b> | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 7.392,00 | Total do ISSQN<br>R\$ 147,84 | ISSQN Retido<br>Não              | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |                                            |
| 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     | VI. ISSQN Retido<br>R\$ 0,00      | VI. Líquido da Nota Fiscal<br>R\$ 7.392,00 |
| <b>Construção Civil</b>                              |                                     | <b>Cód. Obra :</b>                |                                 |                              | <b>Art. :</b>                    |                                   |                                            |

### Informações Adicionais

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

**Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 35434021246758888000127000000000007725061750073090.**





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000032121-4                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | LAB ANA CLIN SANTA TEREZA                         |
| CPF/CNPJ:                  | 55.108.831/0001-73                                |
| Valor:                     | R\$ 3.091,43                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 1821                                           |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:01:35 |

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| Código da operação: | 99843995        |
| Chave de segurança: | N1CVRP015UL3WV8 |

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  
**1821**  
Código de Verificação de Autenticidade  
**YF6SPBXZ3**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**18/06/2025 às 10:07:55**  
Chave de Acesso  
**8472307MPHGRTSG4VUALQ09QN32MI1EJ**

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        |
| Número do RPS                       | Série do RPS                | Tipo do RPS                                                                                              | Data do RPS<br>18/06/2025 |
| Optante Simples Nacional<br>2 - Não | Incentivo Fiscal<br>2 - Não | Regime Especial Tributação<br>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento | Tipo ISS                  |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                   |                                 |                             |                       |                                                                              |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ<br>55.108.831/0001-73    | RG/Inscrição Estadual<br>ISENTO | Inscrição Municipal<br>2679 | Cadastro<br>000013574 | Nome/Razão Social<br>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SANTA TEREZA S/S LTDA. |
| Logradouro<br>RUA 13 DE MAIO, 775 | Complemento                     | Bairro<br>CENTRO            | CEP<br>14180-000      | Cidade<br>PONTAL-SP                                                          |
| Telefone<br>16-3953-1721          | E-mail<br>Istmatriz@hotmail.com |                             |                       |                                                                              |

**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           | Bairro<br>CENTRO    | CEP/Cod.Postal<br>14180-000                                         |
| Cidade/País<br>PONTAL - SP                        | Cod. IBGE<br>3540200  | Telefone            | E-mail<br>rh@iscmpontal.com.br                                      |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                                       | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS PARA SANTA CASA DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICA REF MAIO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICIPIO DE PONTAL<br>TA N°010/2025 AO CON N° 013/2022 | 3.365,74      | R\$ 3.365,74 |

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

|                                                                                                    |                                     |                                   |                                 |                                   |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.02                                                                                 | Alíquota                            | Atividade Município               | Código CNAE                     | Construção Civil                  |                       |
| Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografi... | 2,00%                               | 0000040000002                     | 8640202                         | Código da Obra                    | Código ART            |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 3.365,74                                                           | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo<br>R\$ 3.365,74 | Total do ISS<br>R\$ 67,31         | ISS Retido<br>1 - Sim |
|                                                                                                    |                                     |                                   |                                 | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |                       |

**Retenções de Impostos**

|                                      |                                         |                  |                                                                                                     |                                      |                              |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| PIS (3.365,74 x 0,65%)<br>R\$ 21,88  | COFINS (3.365,74 x 3,00%)<br>R\$ 100,97 | INSS<br>R\$ 0,00 | IRRF (3.365,74 x 1,50%)<br>R\$ 50,49                                                                | CSLL (3.365,74 x 1,00%)<br>R\$ 33,66 | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 3.091,43 |                                         |                  | Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$452,69 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 **1821** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **YF6SPBXZ3**.

Data

CPF/RG

Assinatura



## FATURA Nº

**Nome:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA S/S LTDA  
**Razão Social:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA S/S LTDA  
**CNPJ:** 55.108.831/0001-73  
**Endereço:** Rua Treze de Maio  
**Telefone:** (16) 3953-1721  
**Cidade:** Pontal - SP  
**Profissional responsável:**  
**Conselho:**  
**Código no conselho:**

**Convênio:** 0028 - PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D' AMÉLIA  
**Razão Social:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal  
**CNPJ:** 55.110.753/0001-41  
**Endereço:** Rua Ananias Costa Freitas  
**Cidade:** Pontal - SP  
**CEP:** 14.180-000  
**Telefone:**

**Período de 01/05/2025 00:00 até 31/05/2025 23:59**

### Totais

|                   |          |                                                                             |
|-------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Qtd. de pedidos   | 222      |                                                                             |
| Qtd. de pacientes | 181      |                                                                             |
| Qtd. de exames    | 1017     |                                                                             |
| Qtd. de guias     | 2        |                                                                             |
| Qtd. de CH/exames | 3.365,74 |                                                                             |
| Bruto             | 3.365,74 | (tres mil e trezentos e sessenta e cinco reais e setenta e quatro centavos) |
| Acréscimo         | 0,00     |                                                                             |
| Desconto          | 0,00     |                                                                             |
| Glosa             | 0,00     |                                                                             |
| Faturado          | 3.365,74 | (tres mil e trezentos e sessenta e cinco reais e setenta e quatro centavos) |
| Imposto           | 0,00     |                                                                             |
| Líquido           | 3.365,74 | (tres mil e trezentos e sessenta e cinco reais e setenta e quatro centavos) |

### Detalhamento de impostos

|                       |       |      |
|-----------------------|-------|------|
| Imposto de renda      | 0,00% | 0,00 |
| Imposto sobre serviço | 0,00% | 0,00 |
| Contribuição social   | 0,00% | 0,00 |
| Cofins                | 0,00% | 0,00 |
| PIS                   | 0,00% | 0,00 |

### Data de Vencimento:

**Observação:**

### Comprovante de recebimento

Fatura nº no valor de R\$: 3.365,74

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Recebido por



## FATURA Nº

**Nome:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA S/S LTDA  
**Razão Social:** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SANTA TEREZA S/S LTDA  
**CNPJ:** 55.108.831/0001-73  
**Endereço:** Rua Treze de Maio  
**Telefone:** (16) 3953-1721  
**Cidade:** Pontal - SP  
**Profissional responsável:**  
**Conselho:**  
**Código no conselho:**

**Convênio:** 0028 - PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D' AMÉLIA  
**Razão Social:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pontal  
**CNPJ:** 55.110.753/0001-41  
**Endereço:** Rua Ananias Costa Freitas  
**Cidade:** Pontal - SP  
**CEP:** 14.180-000  
**Telefone:**

**Período de 01/05/2025 00:00 até 31/05/2025 23:59**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 3214 / 00000059894-1                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | CLIN MED DRA NAYARA MICHELETO                     |
| CPF/CNPJ:                  | 34.309.037/0001-18                                |
| Valor:                     | R\$ 23.672,63                                     |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 128                                            |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 13:57:41 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99891260         |
| Chave de segurança: | NAQ5ZY8S7J63N9A5 |

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

128

Código de Verificação de Autenticidade

KP5XBCZAH

Data e Hora de Emissão da NFS-e

17/06/2025 às 08:52:34

Chave de Acesso

846573LP02L8XA9SWUK5QMVP3JELEG3

Para certificação da autenticidade acesse

http://45.71.128.162:5661/issweb, menu

consultas e informe os dados desta NFS-e.

|                          |  |                    |  |                                                                            |  |                    |  |
|--------------------------|--|--------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|
| Exigibilidade do ISS     |  | Número do Processo |  | Município de Incidência do ISS                                             |  | Local da Prestação |  |
| Exigível                 |  |                    |  | PONTAL-SP                                                                  |  | PONTAL - SP        |  |
| Número do RPS            |  | Série do RPS       |  | Tipo do RPS                                                                |  | Data do RPS        |  |
|                          |  |                    |  |                                                                            |  | 17/06/2025         |  |
| Optante Simples Nacional |  | Incentivo Fiscal   |  | Regime Especial Tributação                                                 |  | Tipo ISS           |  |
| 1 - Sim                  |  | 2 - Não            |  | Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento |  |                    |  |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                                |                       |                     |             |                                                  |  |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------|--------------------------------------------------|--|
| CPF/CNPJ                       | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro    | Nome/Razão Social                                |  |
| 34.309.037/0001-18             | ISENTO                | 000009812           | 000036665   | CLINICA MÉDICA DRª. NAYARA MICHELETO LTDA. - ME. |  |
| Logradouro                     |                       |                     | Complemento | Bairro                                           |  |
| RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 615 |                       |                     |             | CENTRO                                           |  |
| CEP                            | Cidade                | Telefone            |             | E-mail                                           |  |
| 14180-000                      | PONTAL-SP             | 16-3953-2411        |             | adelinomic@uol.com.br                            |  |

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

| Discriminação dos Serviços |            |                                                                                                                                           |  |  | Vir. Unitário | Total         |
|----------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|---------------|
| Qtde.                      | Un. Medida | Descrição                                                                                                                                 |  |  |               |               |
| 1,00                       | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS NA SANTA CASA DE PEDIATRIA REF MAIO/2025, CONFORME CONVENIO COM O MUNICÍPIO DE PONTAL TA N°010/2025 AO CONV N°013/2022 |  |  | 24.220,00     | R\$ 24.220,00 |

| Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS |                         |                       |                     | Construção Civil |                |                       |
|---------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|------------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 04.01                                |                         | Alíquota              | Atividade Município | Código CNAE      | Código da Obra | Código ART            |
| Medicina e biomedicina                            |                         | 2,26%                 | 0000040000001       | 8630503          |                |                       |
| Valor Total dos Serviços                          | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo     | Total do ISS     | ISS Retido     | Desconto Condicionado |
| R\$ 24.220,00                                     | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 24.220,00       | R\$ 547,37       | 1 - Sim        | R\$ 0,00              |

| Retenções de Impostos                 |          |          |          |          |                       |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| PIS                                   | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções      |
| R\$ 0,00                              | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00              |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 23.672,63 |          |          |          |          | Val. Aprox. Tributos: |

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE CLINICA MÉDICA DRª. NAYARA MICHELETO LTDA. - ME. O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 128 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO KP5XBCZAH.

Data

CPF/RG

Assinatura





**HONORÁRIOS PEDIATRIA PRONTO ATENDIMENTO  
MAIO/2025**

**DR. NAYARA NASCIMENTO MICHIELETO**

**173 HORAS NORMAIS X \$140,00 = \$24.220,00**

## PLANTÕES ATENDIMENTO PEDIATRIA

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <b>REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO</b> |
| <b>MÉDICO:</b> <i>Mayana Micheleto</i>                |
| <b>ESPECIALIDADE:</b> PEDIATRIA                       |
| <b>LOCAL:</b> SANTA CASA DE PONTAL                    |
| <b>MÊS/ANO</b> 01/05/2025 A 31/05/2025                |

| DIA |     | OBS                       | ASSINATURA |         |
|-----|-----|---------------------------|------------|---------|
| 01  | QUI | -                         | FERIADO    | -       |
| 02  | SEX | -                         | -          | -       |
| 03  | SAB | -                         | -          | -       |
| 04  | DOM | -                         | -          | -       |
| 05  | SEG | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 06  | TER | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 07  | QUA | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 08  | QUI | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 09  | SEX | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 10  | SAB | -                         | -          | -       |
| 11  | DOM | -                         | -          | -       |
| 12  | SEG | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 13  | TER | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 14  | QUA | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 15  | QUI | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 16  | SEX | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9h    |
| 17  | SAB | -                         | -          | -       |
| 18  | DOM | -                         | -          | -       |
| 19  | SEG | 7:30-12:00 // 12:30-17:30 | 4:30/15:00 | = 9:30  |
| 20  | TER | 7:30-9:30 // 12:30-18:00  | 2:00/15:30 | = 7:20  |
| 21  | QUA | 7:30-12:00 // 12:30-18:00 | 4:30/15:30 | = 10:00 |
| 22  | QUI | 7:30-12:00 // 12:30-17:30 | 4:30/15:00 | = 9:30  |
| 23  | SEX | 7:30-12:00                | 4:30       | = 4:30  |
| 24  | SAB | -                         | -          | -       |
| 25  | DOM | -                         | -          | -       |
| 26  | SEG | 7:30-12:00 // 12:30-15:30 | 4:30/13:00 | = 7:30  |
| 27  | TER | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9:00  |
| 28  | QUA | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9:00  |
| 29  | QUI | 7:30-12:00 // 12:30-17:00 | 4:30/14:30 | = 9:00  |
| 30  | SEX | 7:30-12:00 // 12:30-15:30 | 4:30/13:00 | = 7:30  |
| 31  | SAB | -                         | -          | -       |

|                         |     |                             |
|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Médico:                 | 96  | NAYARA NASCIMENTO MICHELETO |
| Especialidade:          | 51  | PEDIATRIA                   |
| Total da Especialidade: | 496 |                             |
| Total do Médico:        | 496 |                             |
| Total Geral:            | 496 |                             |





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| Banco:                     | 077 - BANCO INTER S/A - 00416968 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente              |
| Conta destino:             | 0001 / 00025649158-5             |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                         |
| Nome:                      | GHG SERV MED LTDA                |
| CPF/CNPJ:                  | 48.588.394/0001-77               |
| Valor:                     | R\$ 3.924,00                     |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                         |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta            |
| Identificação da operação: | NF 46                            |
| Histórico:                 |                                  |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:02:27 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 99958137         |
| Chave de segurança: | N6ESP0R26C26RPAF |

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 de Ribeirão Preto

## NFS-e - Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

RPS: 47 - Data: 16/06/2025

Número  
46

Data de emissão  
16/06/2025 15:41

Código de verificação  
435C3824A



### Prestador de Serviços

Razão Social: Ghg Servicos Medicos Ltda  
CNPJ: 48.588.394/0001-77  
Inscrição Municipal: 20153826  
Rua João Nantes Júnior, 776 - Ribeirânia  
Ribeirão Preto - SP - 14096-260  
(16) 9606-0668

### Tomador dos Serviços

Razão Social: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL  
CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Rua Ananias da Costa Freitas, 753 - Centro  
Pontal - SP - 14180-041  
contasmedicas@iscmpontal.com.br

### Serviços

|                                                                                                                       |                                                  |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Código CNAE<br>8630503                                                                                                | Item LC 116/2003<br>04.01                        | Atividade do Município<br>40101 - Medicina |
| Descrição do Serviço                                                                                                  |                                                  |                                            |
| Serviços prestados em pronto atendimento ZÉ D'AMÉLIA no mês de Maio de 2025 referente ao TA 010 do convênio 013/2022. |                                                  |                                            |
| DADOS BANCÁRIOS:<br>GHG SERVIÇOS MÉDICOS LTDA<br>CNPJ: 48.588.394/0001-77                                             |                                                  |                                            |
| BANCO INTER<br>Agência: 0001<br>Conta: 25649158-5                                                                     |                                                  |                                            |
| Município de Incidência<br>Ribeirão Preto - SP                                                                        | Município de Prestação do Serviço<br>Pontal - SP | Natureza da Operação<br>Exigível           |
| Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00                                                                                     | Desconto Incondicionado<br>R\$ 0,00              | Deduções Base de Cálculo<br>R\$ 0,00       |
| PIS<br>R\$ 0,00                                                                                                       | COFINS<br>R\$ 0,00                               | INSS<br>R\$ 0,00                           |
| CSLL<br>R\$ 0,00                                                                                                      | ISS Retido<br>Não                                | Outras Retenções<br>R\$ 0,00               |
| Valor Total dos Serviços<br>R\$ 3.924,00                                                                              | Total ISSQN (%)<br>R\$ 78,48 (2,00%)             | Valor Líquido da NFS-e<br>R\$ 3.924,00     |

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e \s\n II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: Dr. Gabriel Henrique Gastaldello

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT. HORAS | ASSINATURA                                            |
|-----|--------|---------|-------|--------------|-------------------------------------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |              | FERIADO                                               |
| 02  | SEX    |         |       |              |                                                       |
| 03  | SAB    |         |       |              |                                                       |
| 04  | DOM    |         |       |              |                                                       |
| 05  | SEG    |         |       |              |                                                       |
| 06  | TER    |         |       |              |                                                       |
| 07  | QUA    | 07:00   | 19:00 | 12h          | Dr. Gabriel H. Gastaldello<br>Médico<br>CRM-SP 237861 |
| 08  | QUI    |         |       |              |                                                       |
| 09  | SEX    |         |       |              |                                                       |
| 10  | SAB    |         |       |              |                                                       |
| 11  | DOM    |         |       |              |                                                       |
| 12  | SEG    |         |       |              |                                                       |
| 13  | TER    |         |       |              |                                                       |
| 14  | QUA    | 07:00   | 19:00 | 12h          | Dr. Gabriel H. Gastaldello<br>Médico<br>CRM-SP 237861 |
| 15  | QUI    |         |       |              |                                                       |
| 16  | SEX    |         |       |              |                                                       |
| 17  | SAB    |         |       |              |                                                       |
| 18  | DOM    |         |       |              |                                                       |
| 19  | SEG    |         |       |              |                                                       |
| 20  | TER    |         |       |              |                                                       |
| 21  | QUA    | 07:00   | 19:00 | 12h          | Dr. Gabriel H. Gastaldello<br>Médico<br>CRM-SP 237861 |
| 22  | QUI    |         |       |              |                                                       |
| 23  | SEX    |         |       |              |                                                       |
| 24  | SAB    |         |       |              |                                                       |
| 25  | DOM    |         |       |              |                                                       |
| 26  | SEG    |         |       |              |                                                       |
| 27  | TER    |         |       |              |                                                       |
| 28  | QUA    |         |       |              |                                                       |
| 29  | QUI    |         |       |              |                                                       |
| 30  | SEX    |         |       |              |                                                       |
| 31  | SAB    |         |       |              |                                                       |

CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Gabriel H. Gastaldello  
Médico  
CRM-SP 237861



|                                                                   |                                                         |                                   |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL                              |                                                         | SYSPEC INFORMÁTICA LTDA           |
| HCAA0039 - Relatório de Atendimentos por Convênio e Especialidade |                                                         | Data Emissão: 19/05/2025 09:03:47 |
| SIH-R 6.0.66                                                      | Filtro: Entre 07/05/2025 07:00:00 e 07/05/2025 19:00:00 | Página: 1                         |
| Médico:                                                           | 308                                                     | GABRIEL HENRIQUE GASTALDELLO      |
| Especialidade:                                                    | 1 CLINICA MEDICA                                        |                                   |
| Total da Especialidade:                                           | 48                                                      |                                   |
| Total do Médico:                                                  | 48                                                      |                                   |
| Total Geral:                                                      | 48                                                      |                                   |

|                                                                   |                                                         |                                   |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| IRM. DA SANTA CASA DE MIS. DE PONTAL                              |                                                         | SYSPEC INFORMÁTICA LTDA           |
| HCAA0039 - Relatório de Atendimentos por Convênio e Especialidade |                                                         | Data Emissão: 19/05/2025 09:03:54 |
| SIH-R 6.0.66                                                      | Filtro: Entre 14/05/2025 07:00:00 e 14/05/2025 19:00:00 | Página: 1                         |
| Médico:                                                           | 308                                                     | GABRIEL HENRIQUE GASTALDELLO      |
| Especialidade:                                                    | 1 CLINICA MEDICA                                        |                                   |
| Total da Especialidade:                                           | 42                                                      |                                   |
| Total do Médico:                                                  | 42                                                      |                                   |
| Total Geral:                                                      | 42                                                      |                                   |

|                         |     |                              |
|-------------------------|-----|------------------------------|
| Médico:                 | 308 | GABRIEL HENRIQUE GASTALDELLO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA               |
| Total da Especialidade: | 51  |                              |
| Total do Médico:        | 51  |                              |
| Total Geral:            | 51  |                              |





**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DR GABRIEL HENRIQUE GASTADELLO**

**3X12=36 HRS**

**TOTAL: 36HRS X 109,00= R\$ 3.924,00**



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
| Tipo de TED:    | TED para terceiros             |
| Conta origem:   | 03472 / 1292 / 000577518142-1  |
| Tipo de conta:  | Não foi possível recuperar     |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA                       |
| Nome:           | IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL |
| CPF/CNPJ:       | 55.110.753/0001-41             |

|                            |                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------|
| Banco:                     | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232 |
| Tipo de conta:             | 01 - Conta Corrente                               |
| Conta destino:             | 5004 / 00001147331-2                              |
| Tipo de pessoa:            | JURÍDICA                                          |
| Nome:                      | LC SAUDE LTDA                                     |
| CPF/CNPJ:                  | 55.364.441/0001-64                                |
| Valor:                     | R\$ 9.156,00                                      |
| Valor da tarifa:           | R\$ 0,00                                          |
| Finalidade:                | 10 - Crédito em Conta                             |
| Identificação da operação: | NF 40                                             |
| Histórico:                 |                                                   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Data de débito:          | 23/06/2025          |
| Data / Hora da operação: | 23/06/2025 14:02:43 |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Código da operação: | 00005169         |
| Chave de segurança: | KUWCEPTM41ZGFHFV |

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

40

Código de Verificação de Autenticidade

EBIEJALS1

Data e Hora de Emissão da NFS-e

18/06/2025 às 09:33:21

Chave de Acesso

8470734RQ1VEAQBAXSO81TU3RZVDZA2

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

Número do Processo

Município de Incidência do ISS

Local da Prestação

Exigível

PONTAL-SP

PONTAL - SP

Número do RPS

Série do RPS

Tipo do RPS

Data do RPS

Competência

18/06/2025

Optante Simples Nacional

Incentivo Fiscal

Regime Especial Tributação

Tipo ISS

2 - Não

2 - Não

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Cadastro

Nome/Razão Social

55.364.441/0001-64

000011583

000043528

LC SAUDE LTDA

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 00530

CENTRO

CEP

Cidade

Telefone

E-mail

14180-000

PONTAL-SP

SOCIETARIO@GRUPOMSCONTABILIDADE.

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Nome/Razão Social

55.110.753/0001-41

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA ANANIAS COSTA FREITAS, 753

CENTRO

CEP/Cod.Postal

Cidade/País

Cod. IBGE

Telefone

E-mail

14180-000

PONTAL - SP

3540200

rh@iscmpontal.com.br

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                                             | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | SERVIÇOS PRESTADOS EM PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA NO MÊS DE MAIO DE 2025 REFERENTE AO TA 010 DO CONVENIO 013/2022. | 9.156,00      | R\$ 9.156,00 |
|       |            | DADOS BANCÁRIOS PJ:<br>Banco: 756<br>Agência: 5004<br>Conta corrente: 1.147.331-2                                     |               |              |
|       |            | ***DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL***                                                   |               |              |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.03

Alíquota

Atividade Município

Código CNAE

Código da Obra

Código ART

2,00%

0000040000003

8610102

Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...

Valor Total dos Serviços

Desconto Incondicionado

Deduções Base Cálculo

Base de Cálculo

Total do ISS

ISS Retido

Desconto Condicionado

R\$ 9.156,00

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 9.156,00

R\$ 183,12

2 - Não

R\$ 0,00

Retenções de Impostos

|                                      |          |          |          |          |                       |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| PIS                                  | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções      |
| R\$ 0,00                             | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00              |
| Valor Líquido da NFS-e: R\$ 9.156,00 |          |          |          |          | Val. Aprox. Tributos: |

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE LC SAUDE LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 40 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO EBIEJALS1.

Data

CPF/RG

Assinatura

/

/

/



## PRONTO ATENDIMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

MÉDICO: *Leticia Carvalho*

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

LOCAL: SANTA CASA DE PONTAL

(PRONTO ATENDIMENTO ZÉ D'AMÉLIA)

MÊS/ ANO: 01/05/2025 A 31/05/2025

| DIA | SEMANA | ENTRADA | SAÍDA | QUANT. HORAS | ASSINATURA               |
|-----|--------|---------|-------|--------------|--------------------------|
| 01  | QUI    |         |       |              | FERIADO                  |
| 02  | SEX    |         |       |              |                          |
| 03  | SAB    | 7:00    | 19:00 | 12'          | Dra. Leticia de Carvalho |
| 04  | DOM    | 7:00    | 19:00 | 12'          | Dra. Leticia de Carvalho |
| 05  | SEG    | 7:00    | 19:00 | 12'          | CRM-SP258588             |
| 06  | TER    |         |       |              | CRM-SP258588             |
| 07  | QUA    |         |       |              |                          |
| 08  | QUI    | 7:00    | 19:00 | 12'          | Dra. Leticia de Carvalho |
| 09  | SEX    |         |       |              | Médica                   |
| 10  | SAB    |         |       |              | CRM-SP258588             |
| 11  | DOM    |         |       |              |                          |
| 12  | SEG    | 7:00    | 19:00 | 12'          | Dra. Leticia de Carvalho |
| 13  | TER    |         |       |              | Médica                   |
| 14  | QUA    |         |       |              | CRM-SP258588             |
| 15  | QUI    |         |       |              |                          |
| 16  | SEX    |         |       |              |                          |
| 17  | SAB    |         |       |              |                          |
| 18  | DOM    |         |       |              |                          |
| 19  | SEG    | 7:00    | 19:00 | 12'          | Dra. Leticia de Carvalho |
| 20  | TER    |         |       |              | Médica                   |
| 21  | QUA    |         |       |              | CRM-SP258588             |
| 22  | QUI    |         |       |              |                          |
| 23  | SEX    |         |       |              |                          |
| 24  | SAB    |         |       |              |                          |
| 25  | DOM    |         |       |              |                          |
| 26  | SEG    | 7:00    | 19:00 | 12'          | Dra. Leticia de Carvalho |
| 27  | TER    |         |       |              | Médica                   |
| 28  | QUA    |         |       |              | CRM-SP258588             |
| 29  | QUI    |         |       |              |                          |
| 30  | SEX    |         |       |              |                          |
| 31  | SAB    |         |       |              |                          |

CARIMBO DO MÉDICO

*[Handwritten Signature]*  
Dra. Leticia de Carvalho  
CRM-SP258588

|                         |     |                     |
|-------------------------|-----|---------------------|
| Médico:                 | 272 | LETICIA DE CARVALHO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA      |
| Total da Especialidade: | 42  |                     |
| Total do Médico:        | 42  |                     |
| Total Geral:            | 42  |                     |

|                         |     |                     |
|-------------------------|-----|---------------------|
| Médico:                 | 272 | LETICIA DE CARVALHO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA      |
| Total da Especialidade: | 28  |                     |
| Total do Médico:        | 28  |                     |
| Total Geral:            | 28  |                     |



|                         |     |                     |
|-------------------------|-----|---------------------|
| Médico:                 | 272 | LETICIA DE CARVALHO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA      |
| Total da Especialidade: | 65  |                     |
| Total do Médico:        | 65  |                     |
| Total Geral:            | 65  |                     |

|                         |     |                     |
|-------------------------|-----|---------------------|
| Médico:                 | 272 | LETICIA DE CARVALHO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA      |
| Total da Especialidade: | 54  |                     |
| Total do Médico:        | 54  |                     |
| Total Geral:            | 54  |                     |

|                         |     |                     |
|-------------------------|-----|---------------------|
| Médico:                 | 272 | LETICIA DE CARVALHO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA      |
| Total da Especialidade: | 48  |                     |
| Total do Médico:        | 48  |                     |
| Total Geral:            | 48  |                     |



|                         |     |                     |
|-------------------------|-----|---------------------|
| Médico:                 | 272 | LETICIA DE CARVALHO |
| Especialidade:          | 1   | CLINICA MEDICA      |
| Total da Especialidade: | 62  |                     |
| Total do Médico:        | 62  |                     |
| Total Geral:            | 62  |                     |

Médico:

272

LETICIA DE CARVALHO

Especialidade:

1 CLINICA MEDICA

Total da Especialidade:

54

Total do Médico:

54

Total Geral:

54



**HONORÁRIOS MÉDICOS**

**PRONTO ATENDIMENTO ZÉ DA AMELIA**

**MAIO/2025**

**DRA LETICIA CARVALHO**

**7X12=84HRS**

**TOTAL: 84RS X 109,00= R\$ 9.156,00**



**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

*Féguas***Conta origem:** 3472 / 1292 / 000577518142-1**Conta destino:** 3472 / 1292 / 000577064836-4**Nome destinatário:** IRMANDADE SANTA CASA DE PONTAL**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 8.340,55**Data de débito:** 27/06/2025**Data/hora da operação:** 27/06/2025 14:43:48**Código da operação:** 216016865**Chave de segurança:** QN6K8ZEEZEL7L3TW

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

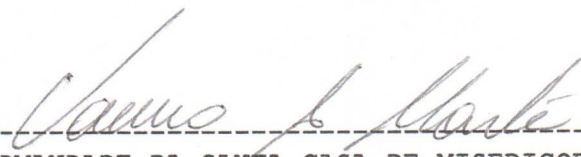
Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA CNPJ: 55.110.753/0001-41  
Empregado: 122 - OSVALDO PEREIRA DOS ANJOS JUNIOR CPF: 213.948.408.88

Período de Aquisição....: 01/10/2023 a 30/09/2024 Série CTPS.: 00186  
Período das Férias.....: 07/07/2025 a 21/07/2025 Número CTPS: 0024800  
Dias Férias.: 15  
Retorno ao Trabalho.....: 22/07/2025 Dias Abono...: 0  
Pagamento do Recibo.....: 04/07/2025  
Salário Base.....: R\$ 3.187,60

| rubrica | Descrição          | Referência     | Proventos | Descontos |
|---------|--------------------|----------------|-----------|-----------|
| 806     | MEDIA HORAS FERIAS | 780,57         | 780,57    |           |
| 807     | VANTAGENS FERIAS   | 151,80         | 151,80    |           |
| 931     | 1/3 DAS FERIAS     | 33,33          | 842,06    |           |
| 8783    | DIAS FERIAS        | 15,00          | 1.593,80  |           |
| 812     | INSS FERIAS        | 8,84           |           | 297,59    |
| 942     | IRRF FERIAS        | 15,00          |           | 38,00     |
|         |                    | Totais.....:   | 3.368,23  | 335,59    |
|         |                    | Líquidos.....: | 3.032,64  |           |

Recebi a importância de (três mil trinta e dois reais e sessenta e quatro centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 4 de Julho de 2025

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
OSVALDO PEREIRA DOS ANJOS JUNIOR

CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

| Id. Agend.                                                                    | Data Venc. | Valor Agend. | Nome Terceiro               | Ocorrência |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|-----------------------------|------------|
| po de Serviço : Pagamento Salários<br>rma de Pag. : Crédito em Conta Corrente |            |              |                             |            |
| 584                                                                           | 27/06/2025 | 3.032,64     | OSVALDO P. DOS ANJOS JUNIOR |            |



Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA  
Empregado: 29 - ELAINE BRAULINO FERREIRA

CNPJ: 55.110.753/0001-41  
CPF: 186.485.048.56

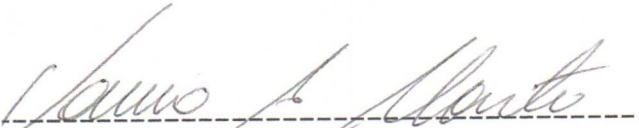
Período de Aquisição....: 02/05/2024 a 01/05/2025  
Período das Férias.....: 01/07/2025 a 30/07/2025  
Retorno ao Trabalho.....: 31/07/2025  
Emissão do Recibo.....: 27/06/2025  
Salário Base.....: R\$ 3.022,73

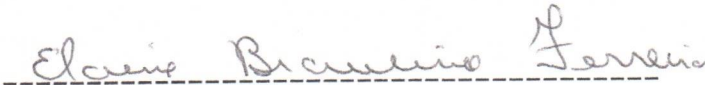
Série CTPS.: 00164  
Número CTPS: 0037246  
Dias Férias.: 30  
Dias Abono...: 0

| Descrição              | Referência | Proventos | Descontos |
|------------------------|------------|-----------|-----------|
| 806 MEDIA HORAS FERIAS | 334,63     | 334,63    |           |
| 807 VANTAGENS FERIAS   | 303,60     | 303,60    |           |
| 931 1/3 DAS FERIAS     | 33,33      | 1.220,32  |           |
| 8783 DIAS FERIAS       | 30,00      | 3.022,73  |           |
| 812 INSS FERIAS        | 10,10      |           | 492,96    |
| 942 IRRF FERIAS        | 22,50      |           | 226,57    |
| Totais.....:           |            | 4.881,28  | 719,53    |
| Líquidos.....:         |            | 4.161,75  |           |

Recebi a importância de (quatro mil cento e sessenta e um reais e setenta e cinco centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 27 de Junho de 2025

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
ELAINE BRAULINO FERREIRA

CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

| . Agend.                                | Data Venc. | Valor Agend. | Nome Terceiro            | Ocorrência |
|-----------------------------------------|------------|--------------|--------------------------|------------|
| po de Serviço : Pagamento Salários      |            |              |                          |            |
| rma de Pag. : Crédito em Conta Corrente |            |              |                          |            |
| 577                                     | 27/06/2025 | 4.161,75     | ELAINE BRAULINO FERREIRA |            |

Empresa: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA  
Empregado: 60 - JESSICA CRISTINA VICENTE

CNPJ: 55.110.753/0001-41  
CPF: 355.803.778.27

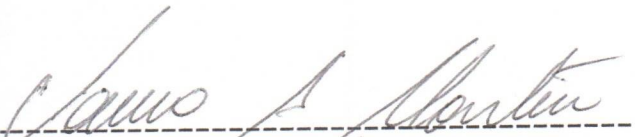
Período de Aquisição....: 26/02/2024 a 25/02/2025  
Período das Férias.....: 16/07/2025 a 30/07/2025  
Fim do Trabalho.....: 31/07/2025  
Emissão do Recibo.....: 14/07/2025  
Salário Base.....: R\$ 1.751,30

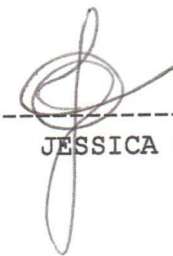
Série CTPS.: 00336  
Número CTPS: 0072738  
Dias Férias.: 15  
Dias Abono...: 0

| Descrição              | Referência | Proventos | Descontos |
|------------------------|------------|-----------|-----------|
| 806 MEDIA HORAS FERIAS | 53,67      | 53,67     |           |
| 931 1/3 DAS FERIAS     | 33,33      | 309,77    |           |
| 8783 DIAS FERIAS       | 15,00      | 875,65    |           |
| 812 INSS FERIAS        | 7,50       |           | 92,93     |
| Totais.....:           |            | 1.239,09  | 92,93     |
| Líquidos.....:         |            | 1.146,16  |           |

Recebi a importância de (um mil cento e quarenta e seis reais e dezesseis centavos) referente quitação das férias.

PONTAL, 14 de Julho de 2025

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

  
JESSICA CRISTINA VICENTE



CONVENENTE : IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

| . Agend.                                | Data Venc. | Valor Agend. | Nome Terceiro            | Ocorrência |
|-----------------------------------------|------------|--------------|--------------------------|------------|
| po de Serviço : Pagamento Salários      |            |              |                          |            |
| rma de Pag. : Crédito em Conta Corrente |            |              |                          |            |
| 579                                     | 27/06/2025 | 1.146,16     | JESSICA CRISTINA VICENTE |            |