ANEXO RP-12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE: PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CHARQUEADA

CONVENIADA: Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada

CNPJ: 51.422.279/0001-58

ENDEREÇO E CEP: RUA OSWALDO CRUZ, Nº 70 CEP: 13.517-032

RESPONSÁVEL(IS) PELA CONVENIADA: Paulo Francisco do Nascimento

CPF: 122.787.928-40

OBJETO: O presente contrato tem por objeto integrar o HOSPITAL na rede regionalizada e hierarquizada de estabelecimentos de saúde que constituem o SUS/CHARQUEADA, de modo a caracterizá-lo como um pólo de atendimento em saúde que garanta aos seus usuários, atenção integral, humanizada e de qualidade, em ação conjunta a ser desenvolvida entre o MUNICIPIO, através da Secretaria de Saúde e o HOSPITAL, conforme Plano Operativo Anual previamente definido entre os celebrantes, parte integrante do presente Termo.

EXERCÍCIO: 2024

ORIGEM DOS RECURSOS (1): MUNICIPAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R$
Contratualização 06/2024 Processo – 11682/2023	01/01/2024	01/01/2024 à 31/12/2024	540.000,00

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R$)
12/03/2024	45.000,00	12/03/2024	325.950.482	45.000,00
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				22.841,78
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS				67.841,78
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				107,29
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D)				67.949,07
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				67.949,07

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

(2) Incluir valores previstos no exercício anterior e repassados neste exercício.
(3) Receitas com estacionamento, aluguéis, entre outras.

O signatário, na qualidade de representante da Hospital e Maternidade Beneficente de Cherquasada vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas Março/2024 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4):					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (5)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R$) (J= H + I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTES (R$)
Recursos humanos (5)					
Recursos humanos (6)					
Medicamentos	12.456,14		12.456,14	12.456,14	
Material médico e hospitalar (*)	5.818,63		5.818,63	5.818,63	
Gêneros alimentícios	7.498,17		7.498,17	7.498,17	
Outros materiais de consumo	4.533,42		4.533,42	4.533,42	
Serviços médicos (*)					
Outros serviços de terceiros	17.651,02		17.651,02	17.651,02	
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)	6.350,71		6.350,71	6.350,71	
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL	54.308,09		54.308,09	54.308,09	

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

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomos 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 SEGUINTES, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	67.948,07
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	54.308,09
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO (E – J – F)	13.640,98
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	13.640,98

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 Convenente.

Charqueada, 31 de Março de 2024.

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
PRESIDENTE

HOSPITAL BENEFICENTE
DE CHARQUEADA

Contratualização nº 06/2024

Processo: 11682/2023

Conta: 15960-3

Março/2024

Total de Despesas Indevidas	
Juros/ Multas/ Tarifas Bancárias	
Despesa Indevida	R$358,80
Frete	R$82,00
Total a Devolver	**R$440,80**

CNPJ: 51.421.279/0001-18 – **HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA**
Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 70 – Charqueada/SP – CEP 13.517-032
Telefone: (19) 3486-1333 – E-mail: adm@hmbc.org.br

Versão Simplificada

Consultas - Extrato de conta corrente

033201100073738519
01/04/2024 10:14:11

Cliente - Conta atual

Agência: 3668-4

Conta corrente: 15980-3 HOSPITAL M B CHARQUEADA

Período do extrato: 03 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
29/02/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
05/03/2024		3668	88015	470 Transferência enviada	553.668.000.000.300	170,56 D	
				05/03 11:28 BELLA PLANTA SUPERMERCAD			
05/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.501	675,78 D	
				LINPAS ATACADISTA DE PRODUTOS			
05/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.502	453,50 D	
				SERVIMED COML LTDA			
05/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.503	357,65 D	
				BANCO SOFISA S/A			
05/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.504	723,04 D	
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO			
05/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.505	424,75 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE			
05/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.506	502,06 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE			
05/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1,972	3.407,37 C	3,37 D
06/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.507	1.176,36 D	
				SISTEMAS DE SERVICOS R.S. QUALITY COME			
06/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.602	768,90 D	
				PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA -			
06/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1,972	1.967,26 C	0,26 C
07/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.751	1.734,80 D	
				ATIVA COML HOSPITALAR LTDA			
07/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.752	1.130,25 D	
				AIR LIQUIDE BRASIL L			
07/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1,972	2.855,09 C	0,00 C
11/03/2024		3668	88015	470 Transferência enviada	553.668.000.000.300	197,80 D	
				11/03 11:33 BELLA PLANTA SUPERMERCAD			
11/03/2024		3668	88015	470 Transferência enviada	553.668.000.000.319	446,74 D	
				11/03 11:33 FANSERINI & P L EEP			
11/03/2024		3668	88015	470 Transferência enviada	553.668.000.000.319	211,64 D	
				11/03 11:33 FANSERINI & P L EEP			
11/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	31.101	1.000,00 D	
				KONAMADEM SERVICOS E SOLUCOES			
11/03/2024		0000	00000	848 Resgate Automático	1,972	1.676,18 C	0,00 C
12/03/2024		0000	14175	975 TED-Crédito em Conta	335.850.462	45.000,00 C	
				104 4901 114321000000107 FMS CHARQUEADA			
12/03/2024		0000	00000	271 99-APLIC C.PRZ-AUTLAUT	1,972	45.000,00 D	0,00 C
14/03/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	31.401	113,55 D	

			D-SAAB TECN DESENV SOFTWARE LT			
14/03/2024	0000	13155	393 TED Transf Entr Disponiv	31.492	470,50 D	
			833 2169 01134523000611 LUCAS FLAVIO			
14/03/2024	0000	13155	393 TED Transf Entr Disponiv	31.492	395,00 D	
			748 0718 04376527000129 COMERCIAL FOR			
14/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automatico	1.972	996,16 C	0,00 C
15/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	31.501	210,00 D	
			ALINE C A DO CARMO			
15/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	31.502	215,87 D	
			MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCU			
15/03/2024	0000	13105	363 Pgto conta telefone	31.503	13,36 D	
			EMBRATEL			
15/03/2024	0000	13105	361 Pgto conta água	31.504	641,71 D	
			SABESP			
15/03/2024	0000	13105	361 Pgto conta água	31.505	1.435,03 D	
			SABESP			
15/03/2024	0000	13105	362 Pagamento conta luz	31.506	3.555,25 D	
			CPFL CIA PAULISTA DE FORC			
15/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automatico	1.972	6.888,16 C	0,00 C
18/03/2024	3668	99015	470 Transferencia enviada	553.668.000.005.300	630,49 D	
			18/03 13:06 BELLA PLANTA SUPERMERCAD			
18/03/2024	3668	99015	470 Transferencia enviada	553.668.000.005.319	470,07 D	
			18/03 13:06 PANSERINI & P L EEP			
18/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	31.601	850,05 D	
			LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE			
18/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	31.602	626,47 D	
			MASTER HIGIMED COMERCIAL DE PR			
18/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	31.603	1.046,81 D	
			J P INDUSTRIA FARMACEUTICA SA			
18/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automatico	1.972	3.737,59 C	0,00 C
20/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.001	380,00 D	
			ALINE C A DO CARMO			
20/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.002	596,25 D	
			AIR LIQUIDE BRASIL L			
20/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.003	426,74 D	
			SERVIMED COML LTDA			
20/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automatico	1.972	1.684,09 C	0,00 C
21/03/2024	3668	99015	470 Transferencia enviada	553.668.000.011.456	1.850,00 D	
			21/03 11:10 EDMARIO MARCOLINO DO PRA			
21/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.101	1.565,47 D	
			BANCO SOFISA SA			
21/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automatico	1.972	3.415,47 C	0,00 C
25/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.503	192,00 D	
			HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA			
25/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.504	469,00 D	
			SP RAD SERVICOS EM PROTECAO RADIOLOGIC			
25/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.505	1.306,30 D	
			HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA			
25/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.506	1.370,00 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA			
25/03/2024	0000	13105	363 Pgto conta telefone	32.507	310,42 D	

			VIVO FIXO/BRASIL			
25/03/2024	0000	13105	470 Transferência Agendada	368.835.000.000.300	349,96 D	
			2015 BELLA PLANTA SUPERMERCADO			
25/03/2024	0000	13105	470 Transferência Agendada	368.835.000.000.319	545,52 D	
			2003 FRASSERINI & P L EEP			
25/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automático	1,972	4.038,70 C	0,00 C
26/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.601	2.058,31 D	
			BANCO SOFISA S/A			
26/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.602	375,38 D	
			BANCO SOFISA S/A			
26/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automático	1,972	2.033,90 C	0,00 C
27/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.701	4.496,68 D	
			CARMES PIRACICABA			
27/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.702	692,98 D	
			ATIVA COML HOSPITALAR LTDA			
27/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automático	1,972	5.309,77 C	0,00 C
28/03/2024	3668	99015	470 Transferência enviada	553.688.000.011.486	1.550,00 D	
			2803 14:14 EDMARIO MARCOLINO DO PRA			
28/03/2024	3668	99015	470 Transferência enviada	553.688.000.106.889	3.340,00 D	
			2803 14:14 CRESPILHO CONTABILIDADE			
28/03/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	32.801	1.712,30 D	
			AIR LIQUIDE BRASIL L			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Elet.Disponiv	32.802	794,00 D	
			756 3337 00000000000108 GRAFICA REAL			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Elet.Disponiv	32.803	1.661,66 D	
			104 3605 0148183900001 16 JANDER EDUARD			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Elet.Disponiv	32.804	812,50 D	
			748 0716 0336888130000170 DANIEL ALEXAN			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Elet.Disponiv	32.805	500,00 D	
			748 0716 0336888130000170 DANIEL ALEXAN			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Elet.Disponiv	32.806	812,50 D	
			748 0716 0336888130000170 DANIEL ALEXAN			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Elet.Disponiv	32.807	310,00 D	
			077 0001 0111947250000164 11.194.725 AL			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Elet.Disponiv	32.808	1.000,00 D	
			033 0766 0313453280000118 LUCAS FLAVIO			
28/03/2024	0000	13105	393 TED Transf.Elet.Disponiv	32.809	3.700,00 D	
			748 3008 0282888180000163 J. V. PONGELU			
28/03/2024	0000	00000	848 Resgate Automático	1,972	11.275,15 C	0,00 C
31/03/2024	0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

Transação efetuada com sucesso por: JF363158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

03320110097373855036
01/04/2024 10:21:38

Cliente

Agência:	3888-4
Conta:	15860-3 HOSPITAL M B CHARQUEADA
Mês/ano referência:	MARCO/2024

BB RF CP Automático - CNPJ: 42.592.315/0001-15

Data	Histórico	Valor	Valor IRPrg. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
29/02/2024	SALDO ANTERIOR	22.482,98			18.140,719061		
05/03/2024	RESGATE	3.407,37	1,75	5,19	2.752,263840	1,240546037	15.388,455221
	Aplicação 18/03/2024	3.407,37	1,75	5,19	2.752,263840		
06/03/2024	RESGATE	1.867,28	1,18	2,82	1.508,590012	1,240030923	13.799,865209
	Aplicação 18/02/2024	1.867,28	1,18	2,82	1.508,590012		
07/03/2024	RESGATE	2.855,05	1,80	4,17	2.304,969332	1,241316839	11.494,895877
	Aplicação 18/02/2024	2.855,05	1,80	4,17	2.304,969332		
11/03/2024	RESGATE	1.676,18	1,71	1,89	1.313,379138	1,242107767	9.981,576740
	Aplicação 18/02/2024	1.676,18	1,71	1,89	1.313,379138		
12/03/2024	APLICAÇÃO	45.000,00			36.217,174403	1,242504440	46.198,751152
14/03/2024	RESGATE	968,55	1,17	0,58	790,425761	1,243295709	45.418,325391
	Aplicação 18/02/2024	968,55	1,17	0,58	790,425761		
15/03/2024	RESGATE	6.669,16	8,93	2,52	5.371,804020	1,243811962	40.046,721371
	Aplicação 18/02/2024	6.669,16	8,93	2,52	5.371,804020		
18/03/2024	RESGATE	3.737,59	5,58		3.006,776709	1,244083880	37.037,944662
	Aplicação 18/02/2024	3.737,59	5,58		3.006,776709		
20/03/2024	RESGATE	1.684,89	1,74	0,92	1.355,684204	1,244669091	35.682,260458
	Aplicação 18/02/2024	1.032,08	1,67		829,770258		
	Aplicação 12/03/2024	984,91	0,07	0,92	354,913946		
21/03/2024	RESGATE	3.415,47	0,50	5,28	2.747,436132	1,243751877	32.934,824326
	Aplicação 12/03/2024	3.415,47	0,50	5,28	2.747,436132		
25/03/2024	RESGATE	4.539,70	1,28	7,14	3.650,182406	1,243899054	29.284,641920
	Aplicação 12/03/2024	4.539,70	1,28	7,14	3.650,182406		
26/03/2024	RESGATE	2.633,90	0,56	4,33	2.117,418394	1,243779940	27.167,242526
	Aplicação 12/03/2024	2.633,90	0,56	4,33	2.117,418394		
27/03/2024	RESGATE	5.355,77	2,05	8,13	4.307,981558	1,243743963	23.859,260968
	Aplicação 12/03/2024	5.355,77	2,05	8,13	4.307,981558		
28/03/2024	RESGATE	15.275,10	6,87	26,04	12.274,713830	1,243117567	10.584,546138
	Aplicação 12/03/2024	15.275,10	6,87	26,04	12.274,713830		
28/03/2024	SALDO ATUAL	13.200,18			10.584,546138		10.584,546138

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	22.482,98
APLICAÇÕES (+)	45.000,00
RESGATES (-)	54.390,08
RENDIMENTO BRUTO (+)	272,99
IMPOSTO DE RENDA (-)	35,48
IOF (-)	70,21
RENDIMENTO LÍQUIDO	167,29
SALDO ATUAL =	13.200,18

Valor da Cota

29/02/2024	1,238061486
28/03/2024	1,247117567

Rentabilidade

No mês	0,9255
No ano	1,3943

Último 12 meses 9,5556

Transação efetuada com sucesso por: /F363199 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Extratos - Investimentos Fundos / CDB

03320110097373856029
01/04/2024 10:18:43

```
SI500  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/04/2024  -   AUTO-ATENDIMENTO    -   10:18:43
3468B366A

          EXTRATO UNIFICADO DE FUNDOS
           PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 3468-4    CONTA:         15.980-3
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE
==============================================
BB RF CP Automatico      CNPJ 42.592.315/0001-15
Valor Cota p/dia 28.03.2024 R$       1,247117567
Valor Cota p/dia 01.04.2024 R$       1,247800045
----------------------------------------------
Data Historico             Valor      Qtde.Cotas
----------------------------------------------
2303 Sdo Ant.          13.200,18    10584,548138
0104 Sdo Final         13.204,13    10584,548138
----------------------------------------------
Rentabilidades %
No mes:                0,0299
No ano:                2,0548
Ultimos 12 meses:      9,5358
==============================================
        Nao houve lancamentos no periodo
----------------------------------------------
        Saldos Calculados ate 01.04.2024
Saldo Bruto                            13.204,13
IR Estimado                                 7,87-
IR Complementar                             9,88-
IOF                                        17,41-
Saldo Liquido p/Resgate                13.170,77
Saldo Carencia P/ Resgate                   0,00
==============================================
Perfil do Investidor: Não Identificado
Carteira de Investimentos: Não Identificada
==============================================
BBDTVM - CNPJ nº 30.822.936/0001-69
Praça XV de Novembro, 20 - 3º andar
CEP 20.010-010 - Rio de Janeiro (RJ)
bbdtvm@bb.com.br
==============================================
```

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

05/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:28:18
366003668 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M S CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
****
DATA DA TRANSFERENCIA 05/03/2024
NR. DOCUMENTO 553.668.000.000.300
VALOR TOTAL 170,56
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: BELLA PLANTA SUPERMERCADO
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300-X
NR. DOCUMENTO 553.668.000.033.960
****
NR.AUTENTICACAO 2.FBC:B90,B80.4EF.7F2

Transação efetuada com sucesso por: JF301189 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

RECEBIMENTO DE BELLA PLANTA SUPERMERCADOS LTDA DE PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO: 02/02/24

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: Claudete Oliveira Cidreira

Nº 2462
SÉRIE 1

BELLA PLANTA SUPERMERCADOS LTDA
RUA SILVIO ZANONI, 330 CENTRO
CHARQUEADA - SP
CEP: 13515000
FONE: 19518680

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1

Nº 2462
SÉRIE 1
FOLHA 1
PÁGINA 1 DE 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
35240237728936000143550010000024621000025355

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 BASE EMISSAO DE REG. NA ECF

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135240241737239 - 02/02/2024 14:14:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 266024043118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.:

CNPJ / CPF: 37.728.936/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA

CNPJ / CPF: 51.421.279/0001-18

DATA EMISSÃO: 02/02/2024

ENDEREÇO: RUA OSWALDO CRUZ, 70

BAIRRO / DISTRITO: BOA VISTA

CEP: 13515000

DATA ENTRADA / SAÍDA: 02/02/2024

MUNICÍPIO: CHARQUEADA

FONE / FAX: 1934681333

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

HORA ENTRADA / SAÍDA: 14:13

FATURA / DUPLICATA

VENCIMENTO(S): 03/03/2024 - 170,56

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	170,56

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	170,56

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL:

FRETE POR CONTA: Sem Cobrança

CÓDIGO ANTT:

PLACA DO VEÍCULO:

UF:

CNPJ / CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE: 42

ESPÉCIE:

MARCA:

NUMERAÇÃO:

PESO BRUTO:

PESO LÍQUIDO:

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLCULO ICMS	BASE CÁLCULO ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
[illegible]	FLV VERMELHA KG	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	UVA GRANDE BUENO COM 100G BRANCO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	FLV MANDIOCA KG	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	FLV BANANA PRATA KG	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	FLV MAMAO FORMOSA KG	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	AGUA MINERAL BIOLENE SEM GAS 1,5 LT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	CREME DE LEITE NESTLE COCO 1L	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RECEBI E CONFERI AS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
02/02/24

Em 02/02/24, recebi e conferi as mercadorias e/ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024 processo n.º 11681/2023 de 01/01/24.

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS:

BASE DE CALCULO DO ISSQN:

VALOR DO ISSQN:

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

EMITIDA NOS TERMOS DA PORTARIA CAT 85 DE 09.11 - CUPOM NO.9448 CHAVE ACESSO 35240237728936000143650010000000000000000 DADOS BANCARIOS BANCO DO BRASIL AGENCIA: 3984-X CONTA CORRENTE: 104-X - REF CUPOM 9448 - 02.02.2024 - ECF 104 - BASE ST: 0,00 - ICMS ST: 0,00 - VALOR FCP ST: 0,00 - TRIBUTOS APROX: 7,16 (0,00% FEDERAL 0,00%

RESERVADO AO FISCO

Emissão de comprovantes - 3o nível

03205112289034 1
05/03/2024 11:29:06

05/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:29:07
366883668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
==========
BANCO SICOOB S.A.

75691500430114662830813107500013196460000067576
BENEFICIARIO:
LIMPAS ATACADISTA DE PRODUTOS
NOME FANTASIA:
LIMPAS ATACADISTA DE PRODUTOS DE LI
CNPJ: 00.766.685/0001-81
BENEFICIARIO FINAL:
LIMPAS ATACADISTA DE PRODUTOS DE LI
CNPJ: 00.766.685/0001-81
PAGADOR:
HOSPMATERNBENEFICENTE CHARQUEADA
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 38.501
DATA DE VENCIMENTO 05/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 05/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 675,76
VALOR COBRADO 675,76
==========
NR.AUTENTICACAO 2.107.5F6.5AC.653.108
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

SICOOB 756-0

Recibo do Pagador

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento

Vencimento: 05/03/2024

Beneficiário: LIMPAS ATAC PRODS.LIMP EIRELI - CNPJ: 05.798.995/0001-81
SP

Agência / Código Beneficiário: 5004/146628-3

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/02/2024	306568-1-A	R$	N	07/02/2024	0131075-9

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	1	R$			875,75

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

Ref.Título: 306568
Ao efetuar o pagamento deste boleto conferir se o beneficiário é "LIMPAS ATAC.PRODS.LIMP.EIRELI", caso contrário não efetue o pagamento pois se trata de uma fraude e não nos responsabilizaremos por qualquer prejuízo.
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 2,70 por dia de atraso

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSP.MATERN.BENEFICENTE CHARQUEADA
RUA OSWALDO CRUZ, NR. 70 - CENTRO, CHARQUEADA / SP - 13515-000

CPF / CNPJ: 51.421.279/0001-18

Sacador/
Avalista

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

SICOOB 756-0 75691.50043 01146.628308 13107.590013 1 96480000067576

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento

Vencimento: 05/03/2024

Beneficiário: LIMPAS ATAC PRODS.LIMP EIRELI - CNPJ: 05.798.995/0001-81
SP

Agência / Código Beneficiário: 5004/146628-3

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
07/02/2024	306568-1-A	R$	N	07/02/2024	0131075-9

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	1	R$			875,75

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

Ref.Título: 306568
Ao efetuar o pagamento deste boleto conferir se o beneficiário é "LIMPAS ATAC.PRODS.LIMP.EIRELI", caso contrário não efetue o pagamento pois se trata de uma fraude e não nos responsabilizaremos por qualquer prejuízo.
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 2,70 por dia de atraso

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSP.MATERN.BENEFICENTE CHARQUEADA
RUA OSWALDO CRUZ, NR. 70 - CENTRO, CHARQUEADA / SP - 13515-000

CPF / CNPJ: 51.421.279/0001-18

Sacador/
Avalista

Código de Baixa

Autenticação - Ficha de Compensação

NF-e
Nº 000306568
SÉRIE 000

LINPAS ATAC PRODUTOS LIMP EIRELI

R. UBATUBA, 178 - JARAGUA - CEP 13401-285 -
PIRACICABA - SP
FIX: (19)3106-8222

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000306568 FL. 1 /1
SÉRIE 000

CHAVE DE ACESSO
3524 0206 7606 6501 5500 5500 0003 0605 6810 4222 8420

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 MERCADORIA ADQUIRIDA TERC. SUJEITA REG.NORM.T. DIRETO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240281029749 07/02/2024 15:29:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL
535198488111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
00.766.445/0001-84

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
HOSP MATERN BENEFICENTE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	07/02/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA OSWALDO CRUZ, NR. 70, 76	CENTRO	13315-000	06/02/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
CHARQUEADA	(19)3406-1333	SP		11:14:31

DUPLICATAS

NÚMERO	VENC.	VALOR	NÚMERO	VENC.	VALOR	NÚMERO	VENC.	VALOR	NÚMERO	VENC.	VALOR
001	25/02/2024	475,26									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	0,00	0,00	218,79	475,26

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	475,26

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
LINPAS ATAC PRODUTOS LIMP EIRELI	2 - PROPRIO/T				00.766.445/0001-84

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R. UBATUBA,178	PIRACICABA	SP	535198488111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
84882	COPO 190ML TRANSP DISPOSABLE CRISTAL	3924.1000	000	5405	CX	2,0000	190,0000	380,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
256	LUVA CIRURGICA TOP VERDE MEDIA SABINO	4015.1900	000	5405	PC	50,0000	4,5000	225,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
104860	RECIPIENTE PAPEL RIGIDO MEIA PRAGA (VERDE SABINO)	4819.1000	000	5405	PC	10,0000	15,8400	158,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
140880	INTERF GUIA LEITO (KIT LD 20X21 BRANCO FIBRA)	4818.5000	000	5405	PT	30,0000	7,6000	228,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Em 07/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24 Quinta

CONFERIR NO ATO DA ENTREGA
NÃO ACEITAMOS
RECLAMAÇÕES POSTERIORES

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Pal Aprov Tributos Id Ult:19147;1491 Fonte: IBPT

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
08/02/24
Ivone Arruda

BOLETO ANEXO

05/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:19:07
364889648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M E CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.660-X
==========
BCO SAFRA S.A.

42297140040003011500000863543752127964600000046350
BENEFICIARIO:
SERVIMED COML LTDA
NOME FANTASIA:
SERVIMED COML LTDA
CNPJ: 44.463.150/0001-84
BENEFICIARIO FINAL:
SERVIMED COML LTDA
CNPJ: 44.463.150/0001-84
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 53.423.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 38.592
DATA DE VENCIMENTO 05/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 05/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 463,50
VALOR COBRADO 463,50
==========
NR.AUTENTICACAO 1.29F.C0C.F8E.276.266
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Banco Safra S.A. |422-7| Recibo do Pagador

Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento	Vencimento: 05/03/2024
Beneficiário: SERVIMED COMERCIAL LTDA — CNPJ: 44.463.156/0001-84	Agência / Código do Beneficiário: 14900/003011500
Data do Documento: 07/02/2024 — Nº do Documento: 401469925532024001 — Tipo Doc: DM — Aceite: N — Data do Processamento: 07/02/2024	Nosso Número: 085394371
Uso do Banco — Carteira: 02 — Espécie: R$ — Quantidade — x Valor	(=) Valor do Documento: 463,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): APÓS 05/03/2024 COBRAR MULTA DE ... R$ 9,27 APÓS 05/03/2024 + TX. PERM. AO DIA DE: R$ 1,85 PROTESTAR: SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS	(-) Desconto/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado

PAGADOR (94340) . HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC — CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ 70 70 CENTRO
13515-000 CHARQUEADA/SP

Beneficiário final: SERVIMED COMERCIAL LTDA 44.463.156/0001-84

Recebimento por meio do cheque nº _____ do banco. Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo banco sacado. _____ Autenticação Mecânica _____

NOTA FISCAL	VALOR	DATA	NOTA FISCAL	VALOR	DATA	NOTA FISCAL	VALOR	DATA
000001617	R$463,00	05/02/2024						

DESCONTOS CONCEDIDOS JÁ APLICADOS NO VALOR DESTE BOLETO (DM = Devoluções / UD = Utilização de devolução / OC = Ordem de crédito / UC = Utilização de crédito)

DATA EMISSÃO	TP DOC	NFD	NFD	VALOR	DATA EMISSÃO	TP DOC	NFD	NFD	VALOR

Banco Safra S.A. |422-7| 42297.14904 00030.115000 08639.437121 7 96460000046350

Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento	Vencimento: 05/03/2024
Beneficiário: SERVIMED COMERCIAL LTDA — CNPJ: 44.463.156/0001-84	Agência / Código do Beneficiário: 14900/003011500
Data do Documento: 07/02/2024 — Nº do Documento: 401469925532024001 — Tipo Doc: DM — Aceite: N — Data do Processamento: 07/02/2024	Nosso Número: 085394371
Uso do Banco — Carteira: 02 — Espécie: R$ — Quantidade — x Valor	(=) Valor do Documento: 463,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): APÓS 05/03/2024 COBRAR MULTA DE ... R$ 9,27 APÓS 05/03/2024 + TX. PERM. AO DIA DE: R$ 1,85 PROTESTAR: SE NÃO PAGO EM 7 (SETE) DIAS	(-) Desconto/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado

PAGADOR (94340) . HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC — CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ 70 70 CENTRO
13515-000 CHARQUEADA/SP

Beneficiário final: SERVIMED COMERCIAL LTDA 44.463.156/0001-84 | 2013 / 0006 / 1883 / FRC4 | (007) 009258218

_____ Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

DATA DE EMISSÃO	DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
06/02/2024		

NF-E
Nº 9298218 SÉRIE 7
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

Servimed
SERVIMED COMERCIAL LTDA
AV. NAÇÕES UNIDAS, 37-37
JARDIM PANORAMA
BAURU - SP
CEP: 17.047-903
Tel.: (14) 2106-2000

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 9298218
SÉRIE 7
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0244 4431 5000 0184 5500 7000 2982 1412 1010 9287

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda Merc.adq.recebd.de terceiros
420850
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135240074401141 06/02/2024 11:28:34-02:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 209037638112
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:
CNPJ: 44.983.156/0001-94

DESTINATÁRIO / REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC ENTE DE CHARQUEADA
CNPJ/CPF: 51.421.379/0001-18
DATA DE EMISSÃO: 06/02/2024
ENDEREÇO: R.GERALDO CRUZ 70
BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
CEP: 95858-000
DATA DE ENTRADA/SAÍDA: 06/02/2024
MUNICÍPIO: CHARQUEADA
FONE/FAX: 5137481198
UF: RS
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
HORA DE ENTRADA/SAÍDA:

FATURA/DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR							
001	05/03/2024	463,50							

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
463,50	72,72	0,00	0,00	463,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	463,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
LOGFAX LOGISTICA LTDA	1 - Remetente				05.190.976/0018-22
ENDEREÇO: R.IPO GRANDE 40	MUNICÍPIO: OSASCO			UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 4715468371.16

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2				2,160	2,160

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	2	[illegible]	144,54	144,54	19,44		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	199,10	199,10	51,10		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	14,34	14,34	[illegible]		[illegible]	

Em 06/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 002/2024, processo n.º 11631/2023 de DIALIOI LTDA Pirassununga

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECEBIMENTO DA NOTA

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
06/02/24
Luiz Arruda

05/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:29:07
364883668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

83399484570130000036095321420184719646000005876 5
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.009/0001-07
PAGADOR:
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQ
CNPJ: 91.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 00.583
DATA DE VENCIMENTO 05/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 05/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 587,65
VALOR COBRADO 587,65
==========
NR.AUTENTICACAO 8.2F0.B00.T00.F40.884
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de
produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais
habituais agência, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão,
outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Santander | 033-7 | **Recibo do Pagador**

Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.

Endereço do Beneficiário: Av.Santos 1406 Campo Belo 01415-100 SAO PAULO/SP

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento	Vencimento
06/02/2024	8755257U	02	NAO	06/02/2024	05/03/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Ponto Identificador Beneficiário
	104	REAL			03669 4845013

Nosso Número: 000003653214-2

(=) Valor do Documento: 587,65

Informações de responsabilidade do beneficiário

MORA DE 0,67 AO DIA, A PARTIR DE 06/03/2024.

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
RUA: OSWALDO CRUZ, N 78.
CENTRO 13.517-032 CHARQUEADA /SP
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18

Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
RUA PROJETADA,S/N ITAIM 37.800-000 CAMBUI/MG
CNPJ/CPF: 11.206.089/0001-07

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | **Ficha de Caixa**

Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento	Vencimento
06/02/2024	8755257U	02	NAO	06/02/2024	05/03/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Ponto Identificador Beneficiário
	104	REAL			03669 4845013

Nosso Número: 000003653214-2

(=) Valor do Documento: 587,65

Informações de responsabilidade do beneficiário

MORA DE 0,67 AO DIA, A PARTIR DE 06/03/2024.

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA

Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | 03399.48457 01300.000369 53214.201047 1 96460000058765

Local de Pagamento: PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA SANTANDER

Vencimento: 05/03/2024

Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.

Ponto Identificador Beneficiário: 03669 4845013

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento
06/02/2024	8755257U	02	NAO	06/02/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Nosso Número: 000003653214-2

(=) Valor do Documento: 587,65

Informações de responsabilidade do beneficiário

MORA DE 0,67 AO DIA, A PARTIR DE 06/03/2024.

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
RUA: OSWALDO CRUZ, N 78.
CENTRO 13.517-032 CHARQUEADA /SP
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18

Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ/CPF: 11.206.089/0001-07

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Rua Projetada, s/n - Bairro - CAMBIA, MG, CEP: 37800000, Fone: 11-4834-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

A

Nº 733257
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3124 0211 2000 9000 0107 5500 1000 7332 5710 0088 2980

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 a não contribuinte

931000

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131240000223238 09/02/2024 11:33:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.149/0298

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB./FAST
013.000.011.119

CNPJ
11.205.089/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MAT BENEFICENTE DE CHARQUEADA (MAT)

CNPJ/CPF
91.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO
09/02/2024

ENDEREÇO
R OSWALDO CRUZ, 78

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
32015-000

DATA ENTRADA/SAÍDA
09/02/2024

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

FONE/FAX
1934861333

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 09/02/2024 587,65

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
587,65	70,52	0,00	0,00	587,65

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	587,65

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
9 - SEM FRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01112579/000346

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6756

MUNICÍPIO
POÇOS ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
312000684000

QUANTIDADE
2

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO
1,73

PESO LÍQUIDO
1,73

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	% ICMS	% IPI
13400	RESSONANCIA [illegible] LT AP-[illegible]/23 (1) 01/2023 (Processado: 189-9, Lote: AP-[illegible]/23, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2023, Data Val: 31/07/2025)	30049099	000	6108	CX	2	105,0000	210,00	210,00	25,20	0,00	12,00	0,00
31900	RESSONANCIA [illegible] LT BL-[illegible]/23 (1) 07/2023 (Processado: 189-9, Lote: BL-[illegible]/23, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2023, Data Val: 31/03/2025)	30049079	000	6108	CX	1	100,0000	100,00	100,00	25,20		12,00	
5871	[illegible] (1) 11/2023 (Processado: 1194, Lote: 1064563, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 30/11/2024)	33049990	000	6108	CX	1	87,3400	87,34	87,34	8,26	0,00	12,00	0,00
12720	[illegible] LT AP-[illegible]/23 (1) 02/2023 (Processado: 1899, Lote: AP-[illegible]/23, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2023, Data Val: 28/02/2025)	30049099	000	6108	CX	1	110,0000	110,00	110,00	14,04	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
[illegible]
Valor da parcela para CP do Destino: R$ 15,14
Pedido: 133125
Operação contratada na modalidade não presencial - E-[illegible] nº: [illegible]
Pelos de Tolerance: [illegible]
Quaisquer inconformidades [illegible] conferir os
dia-vencer ao [illegible]
Nota.....: [illegible]

mercadorias e / ou serviços constantes
nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi
paga com o termo de [illegible]
a Prefeitura Municipal de [illegible]
02/02/24, processo nº 11681/2023
de 01/01/24 Priscila

RECEBIMENTO DO PRODUTO

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

09 / 02 / 24

Luana Arruda

05/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:29:07
364803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3

==========

BCO BRADESCO S.A.

23793358631400300002105400203310069594600000072300
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.009/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.009/0001-07
PAGADOR:
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQ
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO	38.584
DATA DE VENCIMENTO	05/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	05/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	723,09
VALOR COBRADO	723,09

==========

NR.AUTENTICACAO F.842.150.790.366.041

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartas, outros produtos e serviços da Ouvidoria.

Recibo do Pagador

bradesco | 237-2 | 23793.39803 24039.000021 05000.283100 6 98460000072309

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA CPF/CNPJ: 51.421.279/0001-18

Seu número/Nosso número

Nosso Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(-) Valor Pago
40390000205-	66185680J	05/03/2024	R$ 723,09	R$ 723,09

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT CPF/CNPJ: 11.206.099/0001-07
AV ENGENHEIRO ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 2937 BLOCO A3 ANDAR
SALA - JABAQUARA
04309-970 SAO PAULO - SP

Agência/Código do Beneficiário
3396/0002931

Autenticação Mecânica

Boleto de Pagamento

bradesco | 237-2 | 23793.39803 24039.000021 05000.283100 6 98460000072309

Local de pagamento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU NO BRADESCO EXPRESSO

Vencimento
05/03/2024

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT CPF/CNPJ: 11.206.099/0001-07
AV ENGENHEIRO ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 2937 BLOCO A3 ANDAR
SALA - JABAQUARA
04309-970 SAO PAULO - SP

Agência/Código do Cedente
3396/0002931

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
06/02/2024	66185680J	DM	O	19/02/2024	40390000205
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento
	002	REAL			R$ 723,09

Instruções
*** VALORES EXPRESSOS EM REAIS
JUROS POR DIA DE ATRASO.....R$ 1,20

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado
R$ 723,09

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA / 51.421.279/0001-18

Seu número/Nosso número

Autenticação Mecânica

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tamer Antonietta, 209 - Sala 26 - Loteria Santa - ARUJÁ, SP
CEP 07400-000 Fone 11-4654-7700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA: 1

Nº. 610589
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0211 3090 9000 8441 5500 1001 6105 8910 0029 8579

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

431001

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERC. SUJ. A T.A.C.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135240073184101 06/02/2024 10:16:27

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 188.075.875.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:

CNPJ: 11.206.206/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MAT BENEFICENTE DE CHARQUEADA (SBH)

CNPJ/CPF: 51.221.219/0001-15

DATA DA EMISSÃO: 06/02/2024

ENDEREÇO: R VORNALDO CRUZ 78

BAIRRO/DISTRITO: CENTRO

CEP: 12518-000

DATA DA SAÍDA: 07 FEV. 2024

MUNICÍPIO: CHARQUEADA

FONE/FAX: 19348013333

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

HORA DA SAÍDA:

FATURA / DUPLICATA

Vencimento	Valor

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo do ICMS ST	Valor do ICMS Substituição	Valor Total dos Produtos
721,09	86,48	0,00	0,00	721,09

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Outras Despesas Acessórias	Valor do IPI	Valor Total da NF-e
0,00	0,00		0,00	0,00	721,09

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA

FRETE POR CONTA: 0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANT.:

PLACA DO VEÍCULO:

UF:

CNPJ/CPF: 01.123.789/0001-01

ENDEREÇO: RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO: SÃO PAULO

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 148/269/88-115

Quantidade	Espécie	Marca	Número	Peso Bruto	Peso Líquido
3	CAIXA			3,49	3,49

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Código	Descrição dos Produtos/Serviços	NCM/SH	CST	CFOP	Unid.	Quant.	V.Unit.	V.Total	B.Cálc. ICMS	V.ICMS	V.IPI	% ICMS	% IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	PT	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 06/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24.

RECEBIDO POR

RECEBI E CONFERI O MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
09/02/24
Ana Arruda

SEGURO RESPONSÁVEL POR FORÇA DE RELAÇÃO JURÍDICA CONTIDA EM NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE

05/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:29:07
365803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-1
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001240809217260G460000042475
BENEFICIARIO:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEA
CNPJ: 92.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 30.505
NOSSO NUMERO 13048400001240809 2
CONVENIO 01304840
DATA DE VENCIMENTO 05/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 05/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 424,79
VALOR COBRADO 424,79
==========
NR.AUTENTICACAO A.B8C.268.CB2.D17.416
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Banco do Brasil | 001-9 | RECIBO DO SACADO

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
08/03/2024	5119-6 / 1100000-7	R$	

(=) VALOR DO DOCUMENTO	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA
424,75		

(+) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO
	13048400001240892	077J087/01

SACADO

HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Banco do Brasil | 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
08/03/2024	5119-6 / 1100000-7	R$	

(=) VALOR DO DOCUMENTO	NOSSO NÚMERO
424,75	13048400001240892

SACADO

HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA

ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DE ENTREGA

CORTE NA LINHA PONTILHADA

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 01304.840000 01240.892172 6 96460000042475

LOCAL DE PAGAMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 08/03/2024

CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0002-20

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 5119-6 / 1100000-7

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
06/02/2024	077J087/01	DM	N	06/02/2024	13048400001240892

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			424,75

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2,0% A PARTIR DE 09/03/2024
JUROS DE MORA DE 2,0% MENSAL (R$ 0,49)

*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) JUROS / MULTA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) VALOR COBRADO

SACADO
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 61.421.279/0001-18
RUA OSWALDO CRUZ,70
CHARQUEADA - SP - CEP: 13615-000

CÓDIGO DE BAIXA | 2ª VIA

SACADOR / AVALISTA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 01304.840000 01240.892172 6 96460000042475

LOCAL DE PAGAMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 08/03/2024

CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0002-20

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 5119-6 / 1100000-7

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
06/02/2024	077J087/01	DM	N	06/02/2024	13048400001240892

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			424,75

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2,0% A PARTIR DE 09/03/2024
JUROS DE MORA DE 2,0% MENSAL (R$ 0,49)

*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) JUROS / MULTA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) VALOR COBRADO

SACADO
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 61.421.279/0001-18
RUA OSWALDO CRUZ,70
CHARQUEADA - SP - CEP: 13615-000

CÓDIGO DE BAIXA | 2ª VIA

SACADOR / AVALISTA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO

Rioclarense

COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1

Nº. 0773857 FL. 1/1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3124 0267 7251 7800 0220 5500 1000 7730 5710 3100 4222

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 E REC DE TERC, DEST A NAO

431141

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131245806264178 06/02/2024 20:47:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. NOTA TRIBUTÁRIA	CNPJ
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	06/02/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
RUA OSWALDO CRUZ 70	SAO BENEDITO	13515-000	06/02/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
CHARQUEADA	1934861333	SP		

FATURA/DUPLIC.

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0773857/1	05/03/2024	424,75						

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
424,75	50,97	0,00	0,00	424,75

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	424,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
RIOCLARENSE PROPRIO BETIM	9 - Por conta de terceiros				67.729.178/0002-20

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA PAULO COSTA 140	BETIM	MG	0629965800021

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00542	2,555	2,555

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
[illegible]	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2ML (NIPOLAMON) (ITIMOLO ENTREGUE L. [illegible]) [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	AP	[illegible]	[illegible]	424,75	424,75	[illegible]	0,00	[illegible]	0,00

Em 06/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11631/2023 de 01/01/24 Priscila

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UNIDESIGNE: 102 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS SEU DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: [illegible] Pedido: [illegible] Autorizado: [illegible] Contra/Pedido Cliente: [illegible] *** O pagamento deverá ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso seu sistema não emita boleto através do e-mail [illegible] ou ao telefone [illegible] Setor de Cobrança Privado. AFE: [illegible] ** AE: [illegible] ** AAE: [illegible] Validade: [illegible] TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Código Interno Embarcador: [illegible] Nome Parceiro: HOSP E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA)

RESERVADO AO FISCO

05/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:29:07
306863668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL H B CHARQUEADA
AGENCIA: 5443-4 CONTA: 15.960-5
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090171153600101330057717329646000036206
BENEFICIARIO:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-01
PAGADOR:
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEA
CNPJ: 91.421.270/0001-18

NR. DOCUMENTO 38.504
NOSSO NUMERO 171153600133005 7
CONVENIO 01711530
DATA DE VENCIMENTO 05/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 05/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 362,06
VALOR COBRADO 362,06
==========
NR.AUTENTICACAO 6.F5F.3B3.DF8.1D8.630
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços da Ouvidoria.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DO SACADO

VENCIMENTO 06/03/2024	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE 5119-6 / 306406-6	ESPÉCIE R$	QUANTIDADE
(=) VALOR DO DOCUMENTO 362,06	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA	
(=) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO 17115360001330067	Nº DO DOCUMENTO 1820187/01	

SACADO
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

VENCIMENTO 06/03/2024	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE 5119-6 / 306406-6	ESPÉCIE R$	QUANTIDADE
(=) VALOR DO DOCUMENTO 362,06	NOSSO NÚMERO 17115360001330067		

SACADO
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA

ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DE ENTREGA

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01330.057173 2 96460000036206

LOCAL DE PAGAMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO 06/03/2024

CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 87.729.178/0004-81

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE 5119-6 / 306406-6

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
06/02/2024	1820187/01	DM	N	06/02/2024	17115360001330067

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			362,06

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2,0% A PARTIR DE 06/03/2024
JUROS DE MORA DE 2,0% MENSAL (R$ 7,24)

** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) JUROS / MULTA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) VALOR COBRADO

SACADO
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 51.421.278/0001-19
RUA OSWALDO CRUZ,78
CHARQUEADA - SP - CEP: 13616-000

CÓDIGO DE BAIXA | 1ª VIA

SACADOR / AVALISTA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01330.057173 2 96460000036206

LOCAL DE PAGAMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO 06/03/2024

CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 87.729.178/0004-81

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE 5119-6 / 306406-6

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
06/02/2024	1820187/01	DM	N	06/02/2024	17115360001330067

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			362,06

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2,0% A PARTIR DE 06/03/2024
JUROS DE MORA DE 2,0% MENSAL (R$ 7,24)

** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) JUROS / MULTA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) VALOR COBRADO

SACADO
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 51.421.278/0001-19
RUA OSWALDO CRUZ,78
CHARQUEADA - SP - CEP: 13616-000

CÓDIGO DE BAIXA | 2ª VIA

SACADOR / AVALISTA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO

Modificação da nota?

Rioclarense

COMERCIAL ENERGICA RIOCLARENSE LTDA

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA: 1

Nº. 1825187 FL. 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3524 0267 7291 7000 0491 5500 1001 8251 8714 9802 0580

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

430821

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240271694055 06/02/2024 16:14:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110

INSCR. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA

CNPJ / CPF
51.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO
06/02/2024

ENDEREÇO
RUA OSWALDO CRUZ 70

BAIRRO / DISTRITO
SAO BENEDITO

CEP
13515-000

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
06/02/2024

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

FONE / FAX
1934861333

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1825187/1	03/03/2024	362,06						

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
362,06	60,07	0,00	0,00	362,06

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	362,06

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
RIOCLARENSE PROPRIO JAG

FRETE POR CONTA
9 - Por conta de terceiros

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ
67.729.178/0004-91

ENDEREÇO
PC EMILIO MARCONATO 1000 GP22

MUNICÍPIO
JAGUARIUNA

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
295060142110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00360	1,072	1,072

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
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	AF	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	AF	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	TT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Em 06/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Priscila

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
UNIDNEGOC.: NO PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS DEVOLUÇÕES APÓS SEM DO ESCRIBMENTO. DATA ENTREGA: [illegible] Pedido: [illegible] Autorizacao de [illegible] Compra/Pedido Cliente: [illegible] *** O pagamento deverá ser efetuado através do boleto abaixo e nota fiscal, caso não receba entre em contato através do e-mail [illegible] ou ligue [illegible] Baixa de Cobrança Bancária. AGE: [illegible] ** AGE: [illegible] Validade: [illegible] TIPO ENTREGA: EXPRESSA/Código Motivo Expressa: [illegible] Nome Parceiro: HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA

RESERVADO AO FISCO

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

07 / 02 / 24

Juana Arruda

Emissão de comprovantes - 3o nível

C33308134841420(1)
06/03/2024 15:56:58

06/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:56:58
366883668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03390853670390000006016201790101769647000011783 6
BENEFICIARIO:
SISTEMAS DE SERVICOS M.B. QUAL
NOME FANTASIA:
SISTEMAS DE SERVICOS MB QUALITY COM
CNPJ: 08.189.587/0001-30
BENEFICIARIO FINAL:
SISTEMAS DE SERVICOS M.B. QUALITY C
CNPJ: 08.189.587/0001-30
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 38.681
DATA DE VENCIMENTO 06/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 06/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.178,36
VALOR COBRADO 1.178,36
==========
NR.AUTENTICACAO 8.593.5EF.AB8.404.6FC
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

RB

Comprovante de Entrega

Beneficiário SIST.SERV.R.B.QUALITY COM.EMB.LTDA CNPJ: 08189587000130	Agência/Código Beneficiário 0026-0/052602-9	Vencimento 06/03/2024
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQU	Número do Documento 017292271	Nosso Número 000006062017-0
Espécie: R$ / Quantidade / (x) Valor	(=) Valor do Documento 1.178,36	(-) Desconto
Local de Pagamento: CONFERIR OS DADOS ANTES DE PAGAR	(+) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado
Recebedor/Data e Assinatura	Data	Entregador

Motivo da não entrega (para uso do empresa entregadora)

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

Corte Aqui

ATENÇÃO !! CONFERIR BENEFICIÁRIO

033-7 03399.05267 02900.000601 62017.001017 6 96470000117836

Local de Pagamento: CONFERIR OS DADOS ANTES DE PAGAR					Vencimento 06/03/2024
Beneficiário SIST.SERV.R.B.QUALITY COM.EMB.LTDA CNPJ: 08189587000130 AV MARIO HABERFELD 555 ASA 3 - PQ NOVO MUNDO - SAO PAULO - SP - 02145000					Agência/Código Beneficiário 0026-0/052602-9
Data Documento 07/02/2024	Número do Documento 017292271	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 19/02/2024	Nosso Número 000006062017-0
Uso do Banco	Carteira 101-Rápida c/Registro	Espécie R$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 1.178,36
Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário) Após o Vencimento Cobrar Multa de R$23,57 e Juros de R$0,39 ao Dia Protestar 10 dias após o vencimento 2ª VIA CONFIRA DADOS DO BENEFICIARIO ANTES DE PAGAR! DÚVIDA? LIGUE 11 2423-4292 E WHATSAPP 11 94552-2710					(-) Desconto (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQU R OSWALDO CRUZ 70 CENTRO CHARQUEADA SP 13515000 Sacador/Avalista					CNPJ: 51421279000118 Recibo do Pagador

Corte Aqui

ATENÇÃO !! CONFERIR BENEFICIÁRIO

033-7 03399.05267 02900.000601 62017.001017 6 96470000117836

Local de Pagamento: CONFERIR OS DADOS ANTES DE PAGAR					Vencimento 06/03/2024
Beneficiário SIST.SERV.R.B.QUALITY COM.EMB.LTDA CNPJ: 08.189.587/0001-30 AV MARIO HABERFELD 555 ASA 3 - PQ NOVO MUNDO - SAO PAULO - SP - 02145000					Agência/Código Beneficiário 0026-0/052602-9
Data Documento 07/02/2024	Número do Documento 017292271	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 19/02/2024	Nosso Número 000006062017-0
	Carteira 101-Rápida c/Registro	Espécie R$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 1.178,36
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Após o Vencimento Cobrar Multa de R$23,57 e Juros de R$0,39 ao Dia Protestar 10 dias após o vencimento 2ª VIA CONFIRA DADOS DO BENEFICIARIO ANTES DE PAGAR! DÚVIDA? LIGUE 11 2423-4292 E WHATSAPP 11 94552-2710					(-) Desconto (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQU R OSWALDO CRUZ 70 CENTRO CHARQUEADA SP 13515000 Sacador/Avalista					CNPJ: 51.421.279/0001-18 Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

SIST.DE SERV. RB QUALITY COM.DE EMB.LTDA - SISTEMAS RB

R SANTA ANGELINA, 631 - GALPAO G2 E 3 - VL SAO RAFAEL
01503-122 GUARULHOS - SP
(11) 3475-6795

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA
1

1.728.227
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA NO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240079974383 07/02/2024 12:02:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
336.849.054.112

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
09.180.587/0001-58

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (0/14860)

CNPJ
51.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO
07/02/2024

ENDEREÇO
R OSWALDO CRUZ, 76

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
13515-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
17/02/2024

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

UF
SP

FONE/FAX
(19) 3486-1333

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

001 06/03/2024	1.178,36			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC. ICMS ST	VALOR ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
513,36	92,34	0,00	0,00	1.178,36

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	281,96	1.178,36

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
TRANSPORTADORA RISSO LTDA

FRETE POR CONTA
0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ
52.601.834/0002-70

ENDEREÇO
R DOUTOR FELIPE CISNEIRO 97 BLOCO A - PREGUESIA DOG

MUNICÍPIO
SÃO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
113.091.280.118

QUANTIDADE
19

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
141,870

PESO LÍQUIDO
141,870

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	DICIONÁRIO DE MULHER DE FENDA Cód. Barras: [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

Em 07/02/24, [illegible] e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o recurso de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada.
07/2024 processo n.º 11681/2023
de 01/01/24 a 31/12/24

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PESO LÍQUIDO: 141,870 / BRUTO: 141,870 CUBAGEM: 0,55569
LOCAL DE ENTREGA: [illegible]
TEL 3 FONE: 19 3486-1333
ENTR: OSWALDO CRUZ 76 CENTRO CHARQUEADA/SP
IC: 117
PORTADOR: [illegible]
VENDEDOR: 0197
CRC: 72621
[illegible] DECRETO SP [illegible]
COD. CLIENTE: 14480
[illegible]
Pedido: [illegible]

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FIS.
16 / 2 / 24
[illegible]

06/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:56:58
300000666 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3

BANCO DO BRASIL

00190000090237882700601008424217919647000007885 0
BENEFICIARIO:
PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICO
NOME FANTASIA:
PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTD
CNPJ: 10.829.779/0001-06
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO	30.003
NOSSO NUMERO	237882700601008424 2
CONVENIO	02378827
DATA DE VENCIMENTO	06/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	06/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	758,90
VALOR COBRADO	758,90

NR.AUTENTICACAO 8.572.BEF.88C.840.E34

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 1678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por JP302159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Comprovante de Entrega

Beneficiário: PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA	Agência/Código Beneficiário: 0034-8/130623-4	Nro Documento: 1 000113400
Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	Vencimento: 06/03/2024	Valor do Documento: 795,00
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Nº	Autenticação
	Data	Carteira

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02378.827006 01064.242179 1 9647000078690 | Recibo do Pagador

Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento: 06/03/2024
Beneficiário: PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA R Oswaldo Cruz, 76 Vila Da Cruz - MG GAP - 36016-020 JUIZ DE FORA - MG CNPJ: 19.826.779/0001-08					Agência/Código Beneficiário: 0034-8/130623-4
Data do Documento: 06/02/2024	Nro Documento: 1 000113400	Espécie Doc: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 06/02/2024	Nosso Número: 23792270001064242
Uso do Banco	Carteira: 17	Espécie: R$	Quantidade	Valor	Valor do Documento: 795,00

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)

Cobrar Multa de 2% após vencimento

Após o Vencimento Cobrar R$ 0,33 Por dia de atraso

SR. CAIXA APÓS VENCIMENTO, RECEBIMENTO COM JUROS E MULTA

PROTESTAR APÓS 5 DIAS ÚTEIS

(-) Desconto/Abatimento	0,00
(-) Outras Deduções	
(+) Mora/Multa	0,00
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	

promedical@promedical.com.br

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (020369-01)

R OSWALDO CRUZ 76-centro

13817032 CHARQUEADA - SP

CNPJ: 51.421.279/0001-18

Cód. de Baixa

Nome do Banco | Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02378.827006 01064.242179 1 9647000078690

Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento: 06/03/2024
Beneficiário: PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA		C.N.P.J.: 19.826.779/0001-08			Agência/Código Beneficiário: 0034-8/130623-4
Data do Documento: 06/02/2024	Nro Documento: 1 000113400	Espécie Doc: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 06/02/2024	Nosso Número: 23792270001064242
Uso do Banco	Carteira: 17	Espécie: R$	Quantidade	Valor	Valor do Documento: 795,00

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)

Cobrar Multa de 2% após vencimento

Após o Vencimento Cobrar R$ 0,33 Por dia de atraso

SR. CAIXA APÓS VENCIMENTO, RECEBIMENTO COM JUROS E MULTA

PROTESTAR APÓS 5 DIAS ÚTEIS

(-) Desconto/Abatimento	0,00
(-) Outras Deduções	
(+) Mora/Multa	0,00
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	

promedical@promedical.com.br

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (020369-01) CNPJ: 51.421.279/0001-18

R OSWALDO CRUZ 76 centro 13817032 CHARQUEADA - SP

Cód. de Baixa

Nome do Banco | Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

RECEBEMOS DE PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e N. 000.013.409 SÉRIE 1

Identificação do emitente
PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA
[illegible]

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA: 1
N. 000.013.409
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3124 0210 8297 7900 0106 5500 1000 1134 9019 5507 4725

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA [illegible] DESTINADA A NÃO CONTRIBUINTE 433523	[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ/CPF
[illegible]	[illegible]	[illegible]

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	[illegible]	[illegible]

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
RUA OSWALDO CRUZ, 78	[illegible]	[illegible]	[illegible]

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
CHARQUEADA		RS		[illegible]

FATURA

NÚM.	VENCIMENTO								
001	30/03/2024								
	700,50								

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
700,50	84,07	0,00	0,00	700,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	700,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PATRIOTA TRANSPORTES URGENTES LTDA - [illegible]	0-EMITENTE				[illegible]

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ARLINDO STEPHAN, 51	JUIZ DE FORA	MG	[illegible]

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	[illegible]			[illegible]	[illegible]

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	DIRECEIT KIT [illegible] - [illegible] - RG [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Em 06/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Priscila

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
[illegible]			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Pedido: [illegible]
Valor Aproximado dos Tributos: R$ [illegible] (12,00%) Fonte: IBPT/empresômetro
Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R$ [illegible]. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R$ 0.

RESERVADO AO FISCO

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
19/02/24
Luana Almeida

powered by TOTVS

Emissão de comprovantes - 3o nível

G337081300230811
08/03/2024 13:05:32

08/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:05:02
366883568 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M D CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191000080252300000455392847000100564000017240 0
BENEFICIARIO:
ATIVA COML HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
ATIVA COML HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
BENEFICIARIO FINAL:
ATIVA COML HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 38.701
DATA DE VENCIMENTO 07/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 07/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.724,00
VALOR COBRADO 1.724,00
==========
NR.AUTENTICACAO 8.E58.C35.481.DF8.5AC
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5672
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0808
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Banco Itaú S.A.

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**	Agência/Cód. Beneficiário **0865/99284-7**	Data do Documento **06/02/2024**	Vencimento **07/03/2024**
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (CEM) R GONÇALVES CRUZ 229 - CENTRO 13315-000 - CHARQUEADA-SP	Nosso Número 11224740	Espécie Moeda R$	Valor do Documento **1.724,80**

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A. | **341-0** | **34191.09008 02523.080865 53928.070001 6 96480000172480**

Local de Pagamento					Vencimento **07/03/2024**
Beneficiário **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA - 04.274.988/0001-38**					Agência/Código Beneficiário **0865/99284-7**
Endereço **RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP**					
Data do Documento 06/02/2024	No. do Documento 11224740	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 06/02/2024	Carteira/Nosso Número 109/00000224740
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie Moeda R$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento **1.724,80**
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) PAGAR APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 1,11 AO DIA APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 34,58 PROTESTAR 2 DIAS APÓS VENCIMENTO					(-) Desconto/Abatimento (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (CEM)
R GONÇALVES CRUZ 229 - CENTRO
13315-000 - CHARQUEADA-SP
45.421.275/0001-24

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HORLETA, 700
SANTA CRUZ DO JOSÉ JACQUES – [illegible]
[illegible] PRETO – MG Fone/Fax: [illegible]

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.112.247
Série 001
Folha 1/1

[illegible]

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 430522

CHAVE DE ACESSO: 1324021271209817 - 06/02/2024 15:29:05

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 58250687611 3

INSCRIÇÃO ESTADUAL: [illegible] | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.: [illegible] | CNPJ: 04.274.988/0001-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA DE EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHAROQUEADA	51.421.278/0001-18	06/02/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA OU ENTRADA
R OSWALDO CRUZ, 870	CENTRO	13515-000	[illegible]

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA OU ENTRADA
CHAROQUEADA	SP	1934861296	[illegible]	[illegible]

FATURA / DUPLICATA

Nº	Vencimento
001	05/02/24
274.988	
1.724,00	

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.724,00	250,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.724,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI DEVOLVIDO	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.724,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PCN TRANSPORTES E SERVIÇOS LTDA	0-Remetente				12.370.745/0004-00

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RODOVIA TUCAMPO BALL CHITI, 2200 CPI FUM 12 SP 110 KM	SUMARÉ	SP	671485090114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Volumes			8,400	8,400

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	

DADOS ADICIONAIS

Em 06/02/24 recebi o conferi os materiais descritos nesta nota fiscal

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
07/02/24
Kiam Oliveira

02 2024 1631/2023
de 01/01/24 Priscila

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.112.247
Série 001

VENDA

11524027120917 - 06/02/2024 15:29:05

50250687611 3

04.274.008/0001-36

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Em 06/02/24, recebi o conteúdo da Mercadoria e / ou serviços constantes desta Nota Fiscal/Fatura, cujo canhoto foi devolvido à Prefeitura Municipal de Cachoeiras de Macacu.

02 / 2024 processo nº 11691/2023

de 01/01/24 Prefeito

08/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:05:02
344003668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3

BCO CITIBANK S.A.

74593180158756280180600003506256759648000013825
BENEFICIARIO:
AIR LIQUIDE BRASIL L
NOME FANTASIA:
AIR LIQUIDE BRASIL L
CNPJ: 00.331.788/0001-10
BENEFICIARIO FINAL:
AIR LIQUIDE BRASIL L
CNPJ: 00.331.788/0001-10
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE
CNPJ: 51.421.270/0001-18

NR. DOCUMENTO	30.702
DATA DE VENCIMENTO	07/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	07/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	1.130,25
VALOR COBRADO	1.130,25

NR.AUTENTICACAO D.E29.694.79E.814.A88

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento à Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

citi | 745-5 | Recibo do Sacado/Pagador

Local de Pagamento

Cedente/Beneficiário

Data documento	No. documento	Espécie doc.	Aceite	Data
		DM	N	

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	109	R$		

Instruções (texto de responsabilidade do cedente/beneficiário)

Vencimento

Cedente/Beneficiário Agência/Código

Nosso Número

(=) Valor do Documento

(-) Desconto

(-) Outras deduções/Abatimentos

(+) Mora/Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor cobrado

Reservado para uso do cheque nº do Banco

Sacado/Pagador

Autenticação mecânica

citi | 745-5 | 74593.18015 07582.026006 00035.062967 5 96480000113025

Local de Pagamento

Cedente/Beneficiário

Data documento	No. documento	Espécie doc.	Aceite	Data
		DM	N	

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	109	R$		

Instruções (texto de responsabilidade do cedente/beneficiário)

Vencimento

Cedente/Beneficiário Agência/Código

Nosso Número

(=) Valor do Documento

(-) Desconto

(-) Outras deduções/Abatimentos

(+) Mora/Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor cobrado

Sacado/Pagador

Autenticação mecânica

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Identificação do emitente
AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

DANFE

N. 000172210
SÉRIE 200
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3524 0200 3317 8000 1603 5520 0000 5722 1613 0415 0174

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 MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240231984243 (1 06/02/2024 11:06:42)

INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
[illegible]

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE MONSENHOR ANTÔNIO DE CHARQUEADA

CNPJ/CPF
[illegible]

DATA DE EMISSÃO
[illegible]

ENDEREÇO
AV. DR. ALTAIR CORREA DE OLIVEIRA, 50

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
[illegible]

DATA DA PRESTAÇÃO/SAÍDA

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

FONE/FAX
[illegible]

UF
RS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]

HORA DA PRESTAÇÃO/SAÍDA

ENDEREÇO DE ENTREGA

NOME/RAZÃO SOCIAL

CNPJ/CPF
[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO
AV. DR. ALTAIR CORREA

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
[illegible]

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

UF
RS

INSCRIÇÃO

FATURA

NÚM.								
0704/2024 1/1 06/02/24								

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.136,25	204,53	0,00	0,00	1.136,25

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.136,25

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTADORA PATRIMONIAL PORTO ALEGRE	0-REMETENTE				[illegible]

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R. OLINDA MARIA DE JESUS [illegible]	SUBIDA	RS	[illegible]

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUMES			101,017	31,017

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	B. CÁLC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	[illegible] FEMININO 1.1 (1.1) 19/0 TOCOTRO 0.4 (1.0) MEDICINA 1.4 CIL 10 0.10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible] FEMININO 1.1 (1.1) 19/0 [illegible] MEDICINA 1.4 CIL 1.10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	M3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

[illegible]

RESERVADO AO FISCO

Em 01/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11651/2023 de 03/01/24. Priscila

Identificação do emitente
AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

N. 000172216
SÉRIE 200
FOLHA 0202

CHAVE DE ACESSO DA NF-e
3524 0200 3317 8000 1603 5520 0000 3722 1613 0415 0174

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 MERC. ADQ. RECEITUÁ	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135186271 - 09/06/2025 - 15:02:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO [illegible]	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO [illegible]	CNPJ/CPF [illegible]

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

EXPORTAÇÃO ITEM REGULAMENTAÇÃO REMESSA NAO TEM ANTT. ALERTAMOS QUE DE FORMA ALGUMA DEVERÁ PERMITIR DE COTAR AS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E REFRIGERADOS DESTINADOS EXCLUSIVAMENTE AO ACONDICIONAMENTO DOS GÁSES POR MEIO FORMAÇÃO E VAZAMENTO SEM DIRETRIZ DO CONDICIONAMENTO DIRETRIZ TRANSPORTE AO FORNECEDOR DE [illegible] CAT [illegible] e ser [illegible]
RECEBIMENTO: [illegible] LOCAL DE ENTREGA:
[illegible] CEP [illegible] CENTRO [illegible] CEP
[illegible] SP Brasil Email: [illegible]

RESERVADO AO FISCO

```
11/03/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   11:33:16
364003868          SEGUNDA VIA              0003
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4          CONTA:          15.960-3
*************************************************
DATA DA TRANSFERENCIA                  11/03/2024
NR. DOCUMENTO                 553.668.000.000.300
VALOR TOTAL                                 107,80
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: BELLA PLANTA SUPERMERCADO
AGENCIA: 3668-4          CONTA:             300-X
NR. DOCUMENTO                 553.668.000.011.900
*************************************************
NR.AUTENTICACAO            4.E68.D8C.238.653.BE3
```

Transação efetuada com sucesso por: 3F303158 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

RECEBEMOS DE BELLA PLANTA SUPERMERCADOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 2476
SERIE 1

Bella Planta

BELLA PLANTA SUPERMERCADOS LTDA
RUA SILVIO ZANONI, 300 CENTRO
CHARQUEADA - SP
CEP: 13515000
FONE: 1931869000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA / 1 - SAÍDA: 1

NF 2476
SÉRIE 1
FOLHA 1
PÁGINA 1 DE 1

CONTINGÊNCIA DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
35240237772883000143550010000002476100003649 2

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 BASE EMISSAO DE REG. NA ECF

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240298268041 - 08/02/2024 10:02:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 266024043115
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.:
CNPJ/CPF: 37.728.938/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
DATA EMISSÃO: 08/02/2024

ENDEREÇO: RUA OSWALDO CRUZ, 70
BAIRRO/DISTRITO: BOA VISTA
CEP: 13515000
DATA ENTRADA / SAÍDA: 08/02/2024

MUNICÍPIO: CHARQUEADA
FONE / FAX: 1934881333
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
HORA ENTRADA / SAÍDA: 10:00

FATURA / DUPLICATA

VENCIMENTO(S): 10/03/2024 - 167,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
11,61	2,09	0,00	0,00	167,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	167,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL:
FRETE POR CONTA: Sem Cobrança
CÓDIGO ANTT:
PLACA DO VEÍCULO:
UF:
CNPJ/CPF:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO:
UF:
INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
64					

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESC.	VALOR TOTAL	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLCULO ICMS	BASE CÁLCULO ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RECEBI E CONFERI MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
09/02/24

Em 09/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024 processo nº 11681/2023 de 01/01/2024. Pinta

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
ENTRA NOS TERMOS DA PORTARIA SAT MF 108-2010 - CUPOM MFA NOTA CHAVE ACESSO [illegible] CONFERENCIA [illegible] DADOS SIMCARTÃO SAMCO [illegible] AUDIÊNCIA [illegible] CONTA CONTRATO [illegible] - REF CUPOM NOTA: [illegible] - ECF [illegible] - BASE ST [illegible] - ICMS [illegible] - VALOR FCP [illegible] - TRIBUTOS APROX. [illegible] (FONTE: IBPT)

RESERVADO AO FISCO

11/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:33:16
366003668 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15,960-3
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 11/03/2024
NR. DOCUMENTO 553.668.000.000.316
VALOR TOTAL 446,74
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PANSERINI & P.L ESP
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 313-8
NR. DOCUMENTO 553.668.000.015.968
==========
NR.AUTENTICACAO 3.3E3.7C4.885.639.2FA

DESTINATÁRIO DO EMITENTE

SIPEF PARLÃO

Panserini

Panserini e Panserini Ltda

Rua Santa Cecília, 200 - Centro
13515-000 Charqueada - SP
(19) 3486-1340
panserini@cg.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA: 1

000.006.837
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0257 9468 5700 0161 5500 1000 0068 3719 4026 1460

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135300296268946 09/02/2024 09:56:29

INSCRIÇÃO ESTADUAL
266 005 537.110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
57.986.853/0001-61

DESTINATÁRIO

NOME/RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE DE CHARQUEADA

CNPJ
51.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO
09/02/2024

ENDEREÇO
RUA OSVALDO CRUZ, 70

BAIRRO/DISTRITO
SÃO BENEDITO

CEP
13515-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
09/02/2024

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

UF
SP

FONE/FAX
(19) 3486-1333

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
09:56:06

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC. ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
22,51	4,05	0,00	0,00	446,74

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR DO IPI	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	121,24	446,74

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
9-Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	VALOR IPI
860	CHEIRO VERDE	07099990	040	5929	UN	3,00	2,99	14,95	0,00	0,00		3,94
7896394000021	LEITE PASTALAT UHT INTEIRO	04012010	040	5929	UN	12,00	3,98	47,76	0,00	0,00		15,31
7897517209864	ERVILHA BANY 85 170G	20054900	040	5929	UN	20,00	1,99	39,80	0,00	0,00		10,48
7897517209594	MILHO VERDE FUSINI 342G	20058000	040	5929	UN	20,00	2,79	55,80	0,00	0,00		14,69
7897517000014	CREM DE NOZ OCEANAIR 900M	13079011	040	5929	UN	25,00	5,76	144,00	0,00	0,00		38,05
7896017000023	BISC MARIE LAMINADO MAIZ	19053100	040	5929	UN	10,00	5,79	57,90	22,51	4,05	18,00	15,23
832	ABOBRINHA	07099990	040	5929	KG	4,10	4,77	19,84	0,00	0,00		5,22
802	CEBOLA	07031019	040	5929	KG	2,06	4,57	9,41	0,00	0,00		2,48
809	CHUCHU	07099990	040	5929	KG	2,00	6,99	13,98	0,00	0,00		3,68
806	PEPINO	07070000	040	5929	KG	2,10	4,59	9,64	0,00	0,00		2,54
837	REPOLHO	07049000	040	5929	KG	3,69	5,00	18,45	0,00	0,00		4,85
804	BANANA NANICA	08039000	040	5929	KG	1,59	2,98	4,74	0,00	0,00		1,32
833	MELANCIA	08071100	040	5929	KG	3,37	2,97	10,01	0,00	0,00		3,21

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
09/02/24
[redacted] M. Canata

Em 09/02/24, recebi e conferi as mercadorias e/ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo, tendo descarga feita com atestado de conhecimento firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, 02/2024, processo nº 11681/2023 de 01/02/24 Priscila

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Venda efetuada através do cupom fiscal eletrônico nº 205773 emitido 09/02/2024, através do qual os impostos são recolhidos
*NF-e ICMS: 0.24027798681000161500400502120971043[illegible]

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE Panserini e Panserini Ltda OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA AO LADO.
EMISSÃO: 9-02-2024 VALOR TOTAL: R$ 446,74 DESTINATÁRIO: HOSPITAL E MATERNIDADE DE CHARQUEADA - RUA OSVALDO CRUZ, 70, SÃO BENEDITO, CHARQUEADA - SP

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
000.006.837
SÉRIE 1

```
11/03/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -    11:33:16
366003666          SEGUNDA VIA                0002
         COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
      DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M A CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4          CONTA:          15.960-3
=================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                  11/03/2024
NR. DOCUMENTO                 553.668.000.000.319
VALOR TOTAL                                 211,64
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PANSERINI & P L ESP
AGENCIA: 3668-4          CONTA:             319-0
NR. DOCUMENTO                 553.668.000.015.360
=================================================
NR.AUTENTICACAO             1.D8D.170.960.C28.29C
```

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

UPE GELÃO

6

Panserini

Panserini e Panserini Ltda

Rua Santa Cecília, 300 - Centro
13515-000 Charqueada - SP
(19) 3486-1349
panserini@ig.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA: 1

000.006.831
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0257 9868 5700 0161 5500 1000 0006 3111 9701 4970

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135242286696831 08/02/2024 09:25:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 266.004.527.110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.:

CNPJ: 57.986.853/0001-01

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE DE CHARQUEADA

CNPJ: 51.421.279/0001-10

DATA DA EMISSÃO: 08/02/2024

ENDEREÇO: RUA OSVALDO CRUZ, 70

BAIRRO / DISTRITO: SAO BENEDITO

CEP: 13515-000

DATA DA SAÍDA: 08/02/2024

MUNICÍPIO: CHARQUEADA

UF: SP

FONE / FAX: (19) 3486-1335

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

HORA DA SAÍDA: 09:25:20

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC. ICMS ST	VALOR ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
20,92	3,76	0,00	0,00	211,64

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIB.	VALOR DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60,35	211,64

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL:

FRETE POR CONTA: 9-Sem Transp.

CÓDIGO ANT.:

PLACA DO VEÍCULO:

UF:

CNPJ:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE: ESPÉCIE: MARCA: NUMERAÇÃO: PESO BRUTO: PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	V.BC ICMS ST	V.ICMS ST
860	COUVE VIOLÊ	07059000	040	5929	UN	4,00	2,95	11,80	0,00	0,00		1,13
871	COUVE FOLHA	07059000	040	5929	UN	4,00	2,99	11,96	0,00	0,00		1,15
7891164027339	LEITE AURORA INTEGRAL 1L	04012010	000	5929	UN	12,00	3,98	47,76	0,00	0,00		13,37
7896029240017	FRIC TRUNDO MAÇÃ E SAL 5	19053100	020	5929	UN	10,00	5,38	53,80	20,92	3,76	18,00	14,17
752	ALFACE	07051100	040	5929	UN	8,00	1,99	11,94	0,00	0,00		3,14
857	BETERRABA	07099000	040	5929	KG	2,41	3,49	11,38	0,00	0,00		2,99
802	CEBOLA	07031019	040	5929	KG	2,01	3,99	8,02	0,00	0,00		2,11
806	FEIJÃO	07070000	040	5929	KG	2,11	2,97	6,28	0,00	0,00		2,21
837	REPOLHO	07049000	040	5929	KG	3,47	3,97	13,78	0,00	0,00		3,63
804	BANANA MANDA	08039000	040	5929	KG	2,12	2,99	6,34	0,00	0,00		2,09
805	LARANJA PERA	08051000	040	5929	KG	2,10	3,49	7,33	0,00	0,00		2,35
873	MAÇÃ NACIONAL	08081000	040	5929	KG	2,09	8,95	18,79	0,00	0,00		6,00

RECEBI E CONFERI
MATERIAIS DESCRITOS
NESTA NOTA FISCAL
08/02/24
M. Zanatta

Em 08/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga como termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024 processo n.º 1168/2023 de 01/01/24 Prestação

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Venda efetuada sob o regime fiscal simplificado c. 284764 assistido 02/02/2024, sendo do qual se reputou nulo nulidade.
*NF-e REF: 13240257986853000161900000008%2847641250251

RESERVADO AO FISCO

NF-e
000.006.831
SÉRIE 1

Emissão de comprovantes - 3o nível

G327111351104731
11/03/2024 11:43:06

11/01/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:43:06
300001668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M S CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.980-3
****
BCO BRADESCO S.A.

23793.29606.60000.000103.34600.117100.1.49650000101000
BENEFICIARIO:
KONIMAGEM SERVICOS E SOLUCOES
NOME FANTASIA:
KONIMAGEM SERVICOS E SOLUCOES LTDA
CNPJ: 05.135.085/0002-10
BENEFICIARIO FINAL:
KONIMAGEM SERVICOS E SOLUCOES LTDA
CNPJ: 05.135.085/0002-10
PAGADOR:
HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 31.101
DATA DE VENCIMENTO 08/01/2024
DATA DO PAGAMENTO 11/01/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.850,00
VALOR COBRADO 1.850,00
****
NR.AUTENTICACAO 8.BC8.CD4.CD2.1F7.5C1
****
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Bradesco 237-2 | **Recibo do Pagador**

Local de Pagamento
O pagamento poderá ser efetuado em qualquer banco, na lotérica, internet banking ou app de pagamento

Vencimento: 09/03/2024

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
Konimagem Serviços e Soluções Ltda. - CNPJ: 05.135.085/0002-10
RUA JOSE JUSTINO PEREIRA, 295, ÁGUA FRIA, São Paulo - SP CEP: 02407-140

Agência / Código do Beneficiário: 3296-4/0011710-2

Nosso Número: 004/00000010346-7

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	(=) Valor do Documento
08/02/2024	000004052A	DM	N	08/02/2024	1.050,00

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	Valor	(-) Desconto / Abatimento
	004	R$			0,00

Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário

Protestar 05 (cinco) dias apos o vencimento
Protestar 05 (cinco) dias apos o vencimento

APÓS O VENCIMENTO COBRAR R$ 1,75 POR DIA DE ATRASO

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado: 1.050,00

Pagador: HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
R. OSWALDO CRUZ, 70
CHARQUEADA, SP 13515000

51.421.279/0001-18
SAO BENEDITO

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco 237-2 **23793.29606 40000.001038 46001.171001 4 96500000105000**

Local de Pagamento
O pagamento poderá ser efetuado em qualquer banco, na lotérica, internet banking ou app de pagamento

Vencimento: 09/03/2024

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
Konimagem Serviços e Soluções Ltda. - CNPJ: 05.135.085/0002-10 - RUA JOSE JUSTINO PEREIRA, 295, ÁGUA FRIA, São Paulo - SP CEP: 02407-140

Agência / Código do Beneficiário: 3296-4/0011710-2

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
08/02/2024	000004052A	DM	N	08/02/2024	004/00000010346-7

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	004	R$			1.050,00

Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário

Protestar 05 (cinco) dias apos o vencimento
Protestar 05 (cinco) dias apos o vencimento

APÓS O VENCIMENTO COBRAR R$ 1,75 POR DIA DE ATRASO

(-) Desconto / Abatimento: 0,00

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado: 1.050,00

Pagador: HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
R. OSWALDO CRUZ, 70
CHARQUEADA, SP 13515000

51.421.279/0001-18
SAO BENEDITO

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica — Ficha de Compensação

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS NF 4052 Série A, emitido em 08/02/2024

Número da Nota: **00004052**

Data e Hora de Emissão: **08/02/2024 17:38:35**

Código de Verificação: **KAF2-HNQD**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **06.135.095/0002-10** Inscrição Municipal: **5.729.226-4**

Nome/Razão Social: **KONIMAGEM SERVICOS E SOLUCOES LTDA**

Endereço: **R JOSE JUSTINO PEREIRA 295 - AGUA FRIA - CEP: 02407-140**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA**

CPF/CNPJ: **61.421.278/0001-19** Inscrição Municipal: —

Endereço: **R. OSWALDO CRUZ 70 - SÃO BENEDITO - CEP: 13615-000**

Município: **Charqueada** UF: **SP** E-mail: **adminhbc@hotmail.com**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: — Nome/Razão Social: —

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇO DE MANUTENÇÃO CORRETIVA/ INSPEÇÃO CR12:31515 CHAMADO:10133489641

Em 08/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24 Priscila

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 1.050,00

PIS (R$)	COFINS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	-	-	-	-	-

Código do Serviço

07498 - Conserto, restauração, manutenção e conservação de máquinas, equipamentos, elevadores e congêneres.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	1.050,00	5,00%	52,50	0,00

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	-

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005. (2) Esta NFS-e substitui o RPS NF 4052 Série A, emitido em 08/02/2024. (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/03/2024.

Emissão de comprovantes - 3o nível

S333141438451481
14/03/2024 14:47:32

14/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:47:33
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M N CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-X
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191000832447910017545306810006196550000011355
BENEFICIARIO:
D-SAAS TECN DESENV SOFTWARE LT
NOME FANTASIA:
D-SAAS TECN DESENV SOFTWARE LT
CNPJ: 46.220.369/0001-91
BENEFICIARIO FINAL:
D-SAAS TECN DESENV SOFTWARE LT
CNPJ: 46.220.369/0001-91
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 51.421.279/0001-19

NR. DOCUMENTO 31.481
DATA DE VENCIMENTO 14/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 14/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 113,55
VALOR COBRADO 113,55
==========
NR.AUTENTICACAO 3.072.440.661.FEA,BE1
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

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

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

Transação efetuada com sucesso por: JF301158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

Recibo do Pagador

Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09008 24478.100175 45396.010006 2 96550000011355

Beneficiário D-SAAS TECNOLOGIA EM DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE LTDA	Agência/Código do Beneficiário 0174 / 53960-1	Espécie R$	Quantidade	Nosso número 109/00244781-0
Número do documento 00244781	CPF/CNPJ 46.220.369/0002-91	Vencimento 14/03/2024		Valor documento 113,55
(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA - 51.421.278/0001-19
Rua Oswaldo Cruz, 70 - Jardim São Benedito - 13517032 - Charqueada/SP - BR

Cedente/Avalista

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09008 24478.100175 45396.010006 2 96550000011355

Local de pagamento Pagável em qualquer banco.						Vencimento 14/03/2024
Beneficiário D-SAAS TECNOLOGIA EM DESENVOLVIMENTO SOFTWARE LTDA - 46.220.369/0002-91						Agência/Código do Beneficiário 0174 / 53960-1
Data do documento 08/03/2024	Nº documento 00244781		Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 01/03/2024	Nosso número 109/00244781-0
Uso do banco	Carteira 109	Espécie/Moeda R$	Quantidade	Valor		(=) Valor documento 113,55

Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)
Não receber após 13/07/2024.
Fatura

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA - 51.421.278/0001-19
Rua Oswaldo Cruz, 70 - Jardim São Benedito - 13517032 - Charqueada/SP - BR

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

MUNICÍPIO DE EXTREMA

Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão
Gerência de Arrecadação - Av. Delegado Waldemar Gomes Pinto, Nº 1024, Da Ponte Nova - CEP: 37.640-000 - Extrema/MG Telefone: (35) 3435-6828

PREFEITURA DE EXTREMA

Nota: 2024000
00036704
Código Verificação
FZCS-CSXJ

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS número 242737 Série RPS emitido em 01/03/2024

Emissão (Horário de Brasília)	Período de Competência	Município de Prestação do Serviço
01/03/2024 03:35:55	03/2024	Extrema - MG
Seg. Especial Tributação	Exigibilidade do ISS	
Nenhum	Exigível em Extrema	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social
D-SAAS TECNOLOGIA EM DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE LTDA

Nome Fantasia
D-SAAS

Email
minhafatura@neotagus.com.br

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Simples Nacional	Incentivador Cultural	Telefone
46.220.369/0002-91	0018022		Não	Não	(11) 5199-9199

Endereço
ESTRADA MUNICIPAL DA REPRESA, 917, D-SAAS, PESSEGUEIROS - CEP: 37640-000 - Extrema - MG

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Telefone	E-mail
51.421.279/0001-18				adm@hmbc.org.br

Endereço
Rua Oswaldo Cruz, 70 - Jardim Sao Benedito - CEP: 13517-032 - Charqueada - SP

SERVIÇO PRESTADO

0105 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação. CNAE: 6202300

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

** Em nome aplicativo para impressão em mercados de pescado ** Serviços Disponíveis: Serviço Profissional 100000 informado ao Cliente no período 01/03/2024 . Informações Adicionais: Razão Social: 24242369 COOPERAMP LEI 11.741/2012 O Valor aproximado dos tributos a R$ (R.$ (FA.645), FONTE: IBPT/Impostometro.com.br (V1.1.7)

Em 01/03/24 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024 processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Priscila

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALORES

Valor dos Serviços (R$)	Deduções (R$)	Desconto Incondicionado (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)
113,55	0,00	0,00	113,55	2,00
ISS (R$)	ISS Retido (R$)	Desconto Condicionado (R$)	Valor Líquido (R$)	Valor Total da Nota (R$)
2,27	*****	0,00	113,55	**113,55**

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é Autodeclaratória.
Trib. aprox. R$ 15,27 Federal e R$ 3,38 Municipal. Fonte: IBPT (4B7153)

Visualizada em: 01/03/2024 08:23:39
Para validação desta NFSe acesse: http://extremamg.webiss.com.br/notfiscal/fzcs/validar
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 2.848 de 27 de novembro de 2015.

Emissão de comprovantes - 3o nivel

Q33314143844514831
14/03/2024 14:54:56

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/03/2024 -      AUTOATENDIMENTO        - 14.54.58
3668400669                SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                  COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA:        19.968-3
==========================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3709-9 - CORREIROPOLIS
CONTA:  13.881.459-8

FAVORECIDO:  LUCAS FLAVIO GALDINO
CPF/CNPJ: 31.345.230/0001-16
VALOR: R$                                   478,00
DEBITO EM: 14/03/2024
==========================================
DOCUMENTO: 015482
AUTENTICACAO SISBB:        9.677.79F.C6A.9DA.6B7
```

Prefeitura Municipal de Limeirópolis

DATA DO CADASTRO: 28/02/2024 11:40:34

DELL EXPRESS
LUCAS FLAVIO GALDINO
CNPJ: 31.348.230/0001-18 I. Mun.: 0000054000001861 I. Est.: Isento
Telefone: (19) 98715-4815
JOÃO BATISTA SPANHOL, 1202 - Jardim Bela Luz
Cordeirópolis - SP CEP: 13490000
E-mail: lucasgaldino47@gmail.com

Consulta e Autenticidade em: cordeiropolis.sigaweb.com

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO

NÚMERO: 00000117 SÉRIE: NFD

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE:
[illegible]

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE BENF DE CHARQUEADA
CNPJ / CPF: 51.421.278/0001-18
INS. MUNICIPAL: ISENTO
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
ENDEREÇO: R CRAVALDO CRUZ, 70
BAIRRO / DISTRITO: SÃO BENEDITO
MUNICÍPIO: Charqueada
UF: SP
CEP: 13515-000
TELEFONE / FAX: (19) 3455-1298
E-MAIL: hmbc01@yahoo.com.br

DATA EMISSÃO: 29/02/2024
FORMA DE PAGAMENTO: 07/03/2024

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S):

NOTA FISCAL REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE MOTOBOY DO MÊS DE FEVEREIRO 2024.
BANCO SANTANDER
AGÊNCIA 3799
CC 001300014086
CNPJ 31.348.230/0001-18

Em 29/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, Processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Dirsila

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO:
26.01 - Serviços de coleta, remessa ou entrega de correspondências, documentos, objetos, bens ou valores, inclusive pelos correios e

VALOR POR EXTENSO:
quatrocentos e setenta reais

VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL: R$ 470,00
DEDUÇÕES: R$ 0,00
VALOR COM DEDUÇÕES: R$ 470,00

INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS: O ISS NÃO DEVE SER RETIDO
ALÍQUOTA (%):
VALOR I.S.S.: Apuração PGDAS-D
VALOR LÍQUIDO A RECEBER: R$ 470,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 3701 de 13/12/2017
Empresa Optante pelo Simples Nacional, conforme Lei Federal Complementar nº 123 de 14/12/2006.
Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 4,01% Municipal, perfazendo o valor de R$ 63,47.

RECEBEMOS DE FOHEZ0000116 - LUCAS FLAVIO GALDINO OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO:
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

Nº 00000117
SÉRIE NFD

Emissão de comprovantes - 3o nível

033329145682221141
29/02/2024 15:01:52

```
SISBB -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/02/2024 -      AUTOATENDIMENTO       - 15:01.52
366888868          SEGUNDA VIA                0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3068-4 CONTA:        15.968-3
*************************************************
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3769-9 - CONDEIROPOLIS
CONTA: 130.011.459-8

FAVORECIDO:  LUCAS FLAVIO GALDINO
CPF/CNPJ: 31.345.238/0001-16
VALOR: R$                                   470,00
DEBITO EM: 29/02/2024
*************************************************
DOCUMENTO: 022902
AUTENTICACAO SISBB:        E.E49.A9F.B89.B06.D87
```

Transação efetuada com sucesso por: JF300159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

DELL EXPRESS
LUCAS FLAVIO GALDINO
CNPJ: 31.345.230/0001-18 I. Mun.: 0300640000108 I. Est.: Isento
Telefone: (19) 99713-4812
JOÃO BATISTA SPANHOL, 1202 - Jardim São Luiz
Cordeirópolis - SP CEP: 13490-322
E-mail: lucasgaldino17@gmail.com

Consulte a Autenticidade em: cordeiropolis.ginfesweb.com

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO

NUMERO: 00000117 SÉRIE: NFD

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE
[illegible]

REMETENTE / DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE BENF DE CHARQUEADA
CNPJ / CPF: 51.421.276/0001-16
INS. MUNICIPAL: ISENTO
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
ENDEREÇO: R OSWALDO CRUZ, 70
BAIRRO / DISTRITO: SÃO BENEDITO
MUNICÍPIO: Charqueada
UF: SP
CEP: 13515-000
TELEFONE / FAX: (19) 3486-1298
E-MAIL: hmbc01@yahoo.com.br

DATA EMISSÃO: 29/02/2024
FORMA DE PAGAMENTO: 07/03/2024

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)

NOTA FISCAL REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE MOTOBOY DO MÊS DE FEVEREIRO 2024.
BANCO SANTANDER
AGÊNCIA 3759
CC 000130014598
CNPJ 31.345.230/0001-18

Em 29/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24 Diaiba

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
26.01 - Serviços de coleta, remessa ou entrega de correspondências, documentos, objetos, bens ou valores, inclusive pelos correios e

VALOR POR EXTENSO: quatrocentos e setenta reais

VALOR BRUTO DA NOTA FISCAL: **R$ 470,00**

DEDUÇÕES: R$ 0,00

VALOR DOS SERVIÇOS: R$ 470,00

INSTRUÇÃO DE RETENÇÃO DO ISS: O ISS NÃO DEVE SER RETIDO

ALÍQUOTA (%): -

VALOR I.S.S.: Apuração PGDAS-D

VALOR LÍQUIDO A RECEBER: **R$ 470,00**

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5761 de 15/12/2017
Empresa Optante pelo Simples Nacional, conforme Lei Federal Complementar nº 123 de 14/12/2006.
Conf. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada deste NF é de 13,45% Federal (IBPT) e de 4,31% Municipal, perfazendo o valor de R$ 63,47

RECEBEMOS DE [illegible] LUCAS FLAVIO GALDINO OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

Nº 00000117
SÉRIE NFD

```
SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/03/2024 -      AUTOATENDIMENTO        - 14.54.58
3668483060          SEGUNDA VIA                0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M D CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA:        15.968-3
==================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M D CHARQUEADA
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0710-8 - SICREDI MARINGA
CONTA:      22.987-6

FAVORECIDO:  COMERCIAL FORT GAS MULTINARCAS LTDA
CPF/CNPJ: 45.765.275/0001-29
VALOR: R$                                   385,00
DEBITO EM: 14/03/2024
==================================================
DOCUMENTO: 031403
AUTENTICACAO SISBB:        D.955.580.050.807.C82
```

Transação efetuada com sucesso por: JF300158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES

Recebemos de COMERCIAL FORT GAS MULTIMARCAS LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado
Emissão: 08/03/2024 Visualização: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA Valor Total: 385,00

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e Nº 000.000.214 Série 001

COMERCIAL FORT GAS MULTIMARCAS LTDA TRAVESSA TUPY, 74 - CENTRO - CHARQUEADA - SP - CEP: 13515-100 Fone: (19)99608-0373 comercialfortgas@gmail.com	**DANFE** Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA **1** **Nº 000.000.214** **Série 001** **Folha 1/1**	CHAVE DE ACESSO **3524 0343 7652 7500 0129 5500 1000 0002 1413 9718 1873** Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizador

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de mercadoria, adquirida ou recebida de terceiros, ecf
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135240503291329 08/03/2024 15:03:21

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 260027531110
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO:
CNPJ/CPF: 45.765.275/0001-28

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		CNPJ/CPF: 51.421.270/0001-14	DATA DA EMISSÃO: 08/03/2024
ENDEREÇO: RUA OSWALDO CRUZ, 70	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 13515-000	DATA DE SAÍDA: 08/03/2024
MUNICÍPIO: CHARQUEADA	UF: SP	FONE/FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DE SAÍDA: 15:00:32

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 0,00	VALOR DO ICMS: 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0,00	VALOR DO ICMS ST: 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 385,00	
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: 385,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL:	FRETE POR CONTA: 9 - SEM FRETE	CÓDIGO ANTT:	PLACA DO VEÍCULO:	UF:	CNPJ/CPF:
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:	UF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
02.001	GLP GLP 45 KG	27111900	0400	5405	KG	[illegible]	[illegible]	0,00	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Em 08/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024 processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Priscila

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
NÃO EXISTIRÁ RETENÇÃO CONFORME INCISO XI DO ART. 6º DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 1234 DE 11/01/2012.
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.

BANCO MONEY - 746
AGÊNCIA 0716
CONTA CORRENTE 344712
VOLTAR ATENDIMENTO
COMERCIAL FORT GAS MULTIMARCAS LTDA

RESERVADO AO FISCO

Emissão de comprovantes - 3o nivel

03371513034123611
15/03/2024 12:57:15

15/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:37:16
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M N CHARQUEADA
AGENCIA: 3683-4 CONTA: 15.968-3
==========
BANCO INTER

8779000116120843380001241241355689656000001000
BENEFICIARIO:
ALINE C A DO CARMO
NOME FANTASIA:
ALINE C A DO CARMO
CNPJ: 11.194.725/0001-84
BENEFICIARIO FINAL:
ALINE C A DO CARMO
CNPJ: 11.194.725/0001-84
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.421.278/0001-18

NR. DOCUMENTO 33.501
DATA DE VENCIMENTO 15/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 15/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 110,00
VALOR COBRADO 110,00
==========
NR.AUTENTICACAO 2.0FA.73E.467.3F6.8BD
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

inter

Boleto Pix
R$ 310,00

Quem vai receber:
ALINE C A DO CARMO

inter

Beneficiário
11.194.725/0001-84 - ALINE C A DO CARMO
Endereço do Beneficiário
RUA ANTONIO MONTEBELLER 100 , 13617-419 CHARQUEADA - SP

Pagador	Vencimento	Valor do Documento
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	15/03/2024	310,00

Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número / Cód. do Documento	Autenticação Mecânica
0001/07627458	00019/113/01241241355-5	

inter | 077-9 | 07790.00116 12084.338008 12412.413556 8 96560000031000

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO

Vencimento: 15/03/2024

Beneficiário
11.194.725/0001-84 - ALINE C A DO CARMO

Agência / Código do Beneficiário: 0001/07627458

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data de Processamento
26/02/2024	Serviço	DM	NÃO	26/02/2024

Nosso Número / Cód. do Documento: 00019/113/01241241355-5

Uso do banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda
	112	BRL		

Valor do Documento: 310,00

Informações de responsabilidade do beneficiário

Data Limite para pagamento: 15/03/2024

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
OSWALDO CRUZ 70
JARDIM SÃO BENEDITO, 13617-032 CHARQUEADA/SP
CNPJ/CPF: 51.421.376/0001-19

Beneficiário Final: ALINE C A DO CARMO
CNPJ/CPF: 11.194.725/0001-84

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

NFSe Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35117062211194725000184000000000000824023502012201

Número da NFS-e
5

Competência da NFS-e
28/02/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e
28/02/2024 17:24:35

Número da DPS
32

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
28/02/2024 17:24:35

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

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
11.194.725/0001-84

Inscrição Municipal
-

Telefone
(19) 2001-5551

Nome / Nome Empresarial
11.194.725 ALINE COSSANTE AGUSTINHO DO CARMO

E-mail
VAC@CTI.INF.BR

Endereço
ITALO LORANDI, 190

Município
Charqueada - SP

CEP
13515-090

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

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
51.421.279/0001-18

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA

E-mail
-

Endereço
R OSWALDO CRUZ, 70

Município
Charqueada - SP

CEP
13517-032

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
01.07.01 - Suporte técnico em informática, inclusive instalação, con...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Charqueada - SP

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM INFORMATICA REFERENTE AO MES DE FEVEREIRO

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Charqueada - SP

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 310,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 310,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

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

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 310,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
-

Estaduais
-

Municipais
-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 28/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24 Prefeito

15/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:37:10
366001668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M U CHARQUEADA
AGENCIA: 1608-4 CONTA: 15.968-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090000002863332630339082120006596500000070347
BENEFICIARIO:
MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCU
NOME FANTASIA:
MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCU
CNPJ: 88.059.399/0003-58
BENEFICIARIO FINAL:
MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCU
CNPJ: 88.059.399/0003-58
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 51.421.279/0001-10

NR. DOCUMENTO 31.582
DATA DE VENCIMENTO 15/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 15/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 703,87
VALOR COBRADO 703,87
==========
NR.AUTENTICACAO 8.5E3.74A.8AC.83C.E3E
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0808
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Recibo do Pagador

Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09008 00286.332630 39982.120006 9 96560000070387

Beneficiário: MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCUPACIONAL LTDA - 08.059.399/0003-50 RUA RUI BARBOSA, 899 - CENTRO - CEP: 13520-000 - São Pedro - SP	Agência/Código do Beneficiário 2833/99821-2	Espécie R$	Quantidade	Nosso número 109/00002863-3
Número do documento 0000003880	CPF/CNPJ 08.059.399/0003-50	Vencimento 15/03/2024		Valor do documento 703,87
(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA – 51.421.279/0001-18

Demonstrativo
MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCUPACIONAL LTDA - 08.059.399/0003-50
RUA RUI BARBOSA , 899 - CEP: 13520-000 - CENTRO - São Pedro - SP
Ordem de Serviço 5469 / Nota Fiscal 202400000003880. Refere-se ao documento RPS 3530.

autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09008 00286.332630 39982.120006 9 96560000070387

Local de pagamento Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes					Vencimento 15/03/2024
Beneficiário: MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCUPACIONAL LTDA - 08.059.399/0003-50 RUA RUI BARBOSA, 899 - CENTRO - CEP: 13520-000 - São Pedro - SP					Agência/Código do Beneficiário 2833/99821-2
Data do documento 06/03/2024	Nº do documento 0000003880	Espécie doc. DS	Aceite N	Data processamento 06/03/2024	Nosso número 109/00002863-3
Uso do banco	Carteira 109	Espécie R$	Quantidade	Valor documento	(=) Valor documento 703,87

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

- Sr. Caixa, receber até 10 dias após o vencimento.

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA - 51.421.279/0001-18
Rua Osvaldo Cruz, 70 - Jardim São Benedito
Charqueada - SP - CEP: 13317-032

Cód. baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCUPACIONAL LTDA - ME
R. RUI BARBOSA, 899
CEP: 13520-000 - Bairro: CENTRO
Município: São Pedro - SP
E-mail: contato@escolaforeafio.com.br
Fone: (19) 3481-6181

CNPJ / CPF	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal
09.048.399/0001-56	ISENTO	15563

Número da NFS-e: **202400000003880**

Data do Serviço	Código Verificação
06/03/2024	3055e39f1

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PEDRO/SP

Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (19) 3481-9200 - 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal

Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
06/03/2024	Original	São Pedro/SP

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Endereço: Rua Osvaldo Cruz,70
Cidade: Charqueada | UF: SP | Fone: (17) 98793-9240 | CEP: 13517-032
Bairro: Jardim Sao Benedito
CNPJ / CPF / ID*: 51.421.279/0001-18 | Inscrição Municipal: | Inscrição Estadual:
Email: adminmbc@hotmail.com

Município da Prestação do Serviço: São Pedro/SP

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: | CNPJ / CPF: | Inscrição Municipal:
Email: | Fone: | Cidade:

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Consultoria de Segurança e Medicina - Qtde 1 x Valor Unit. R$ 750,00 = Total R$ 750,00.Ref. Fev/2024 - Vencto: 15/03/2024Retenção IRRF (1,5%): R$ 11,25Retenção PIS/COFINS/CSLL (4,65%): R$ 34,88Valor Líquido R$ 703,87Tributação apoio R$ 120,68 Federal e R$ 30,19 Municipal. Fonte: IBPTempresometro.com.br - 407167 - Tabela: NBS	750,00	4,00	30,00	Não

Código do Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros, ambulatórios e congêneres.
Código NBS:

PIS	COFINS	CSRF(0,65 Retenção)	CSLL	IR	INSS	ISS	ISS Retido
0,00	22,50	0,00	0,75	0,00	0,00	4,50	0,00

Base Cálculo Retenção Federais	Valor da Retenção Federais	Base Cálculo Retenção Municipais	Valor da Retenção Municipais	Valor Tributação Estadual	Valor Tributação Municipal
750,00	30,00	0,00	0,00	30,00	0,00

Valor Total da NFS-e	750,00	Valor Líquido da NFS-e	703,87

Informações Adicionais:
NFS-e Gerada a Partir do RPS 3033 (Série: NFSE) Emitido em: 06/03/2024 (Tipo: Recibo Provisório de Serviço
Lei 12741/2012 Mun: R$30,19; Est: R$0,00; Fed: R$120,68; Total Aprox: R$121,36. Fonte: IBPT.
IR Retido: R$11,25
Retenções: COFINS R$ 22,50;PIS R$ 4,88;CSLL R$ 7,50.

Consulta realizada em 14/03/2024 às 14:58:06
Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal

202400000003880308e39f130c69369000202

Recebemos de: MELOS SEGURANCA E MEDICINA OCUPACIONAL LTDA - ME	Número da NFS-e: 202400000003880	Número de Controle do Município
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	Competência: 06/03/2024	Em 06/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esse documento foi para conferência e controle interno
___/___/___ Data	NFS-e: 3055e39f1	Identificação e assinatura do recebedor

Consulta realizada em 14/03/2024 às 14:58:06
Para consultar a autenticidade acesse: 200.159.89.202:8091/NFSe.Portal

Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 012024, processo n.º 11691/2023 de 01/01/24 Priscila

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/03/2024 -      AUTOATENDIMENTO       - 13.57.16
BBBBBBBBBB          SEGUNDA VIA              0001

            COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: HOSPITAL M R CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA:          15.968-3
*************************************************
Convenio  EMBRATEL
Codigo de Barras   8468000000000-8   13300066003-7
                   00150581062-9     20140315000-8
Data do pagamento                       15/03/2024
Valor em Dinheiro                            13,30
Valor em Cheque                               0,00
Valor Total                                  13,30
-------------------------------------------------
DOCUMENTO:  031363
AUTENTICACAO SISBB:          3.4C4.164.D66.877.1B3
```

Transação efetuada com sucesso por: JF3021158 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Faz um 21 Embratel

Claro SA
Rua Mário Ribeiro, 1300, Santo Amaro
CEP 04706-110 | São Paulo - SP
CNPJ: 40.432.544/0001-47

Fatura de Serviços Prestados Detalhamento

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE
R OSWALDO CRUZ 70
JARDIM SAO BENEDITO
13517-032 CHARQUEADA SP

0800 721 5621

Acesse www.faz21.com.br e acesse o detalhamento de sua fatura.

A Embratel sempre se esforça para ser a melhor opção em telefonia para você.
Você recebeu da sua nota fiscal o que a Telefônica cobrou da Embratel pelos serviços prestados. Com a adesão Conjunta do Vai Embratel sua empresa tem mais vantagens: facilidade e economia. Saiba mais e entre em contato com nosso parceiro de Cobrança ligue 0800 22 1 2 3 ...

Visando facilitar o entendimento dos sinais de seus serviços telefônicos, esse documento de cobrança pode ser emitido com a identificação dos sinais de serviço logo abaixo de sua escolha. Para maiores informações sobre a cobrança e valores cobrados ligue 0800 ... ou ligue para nossa central de atendimento.

CÓDIGO DA CONTA 5485620

SUA CONTA VENCE EM	VALOR DA CONTA
15/03/2024	R$ 13,30

CONSOLIDADO	(Cliente 8)
Mês de referência	Março/2024
Data de emissão	14/01/2024
nº da fatura	0100159814002
nº da nota fiscal	002219186
Cód. para débito automático	5485620

Lembrete: Débitos anteriores: R$ 10,29

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos)	R$	13,30
Total da Conta	R$	13,30

Em 04/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada nº 02/2024 processo nº 11051/2023 de 01/01/24 Rosinha

Resumo por telefone/cartão faturado

DDD/TELEFONE	SERVIÇO	CHAMADAS	DURAÇÃO	VALOR
19 3481296	DDD Plano Básico	2	00:12:53	5,76
19 3481296	DDD Via Embratel	2	00:29:08	7,54
19 3481296	Total	4	00:42:01	13,30
	Total do Resumo	4	00:42:01	13,30

DDD - Plano Básico

DT. FAT.	DISTRIBUIÇÃO LOCAL Fixo / Fixo	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
19 3481296	CAMPINAS	19 3327337	15/01/2024	10:08:51	00:10:08	02 Normal	4,76
19 3481296	SÃO CARLOS	19 3368455	01/02/2024	10:45:13	00:32:15	01 Diferenciada	2,00
			Subtotal:		00:42:23		6,76

0300 Via Embratel

DT. FAT.	DISTRIBUIÇÃO LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
19 3481296	[illegible]	10 041 [illegible]	03/01/2024	09:14:08	00:03:27	Normal	1,54
19 3481296	[illegible]	21 041 [illegible]	08/01/2024	11:19:24	00:06:15	Normal	2,84

Pagável na rede bancária e agências lotéricas.

Embratel

CÓDIGO DA CONTA	NÚMERO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA CONTA
5485620	0100159814002	15/03/2024	R$ 13,30

Pague com Pix

84680000000008 13300000000037 00159814002 20240315000008

Emissão de comprovantes - 3o nível

63251513177043401
15/03/2024 15:30:38

```
SI300  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/03/2024 -      AUTOATENDIMENTO        - 15.38.55
366840360                SEGUNDA VIA              0001

            COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA:          15.868-3
*********************************************
Convenio  SABESP
Codigo de Barras   02670000006-8   41710097001-8
                   07109230830-6   88659210023-1
Data do pagamento                     15/03/2024
Valor Total                                641,71
---------------------------------------------
DOCUMENTO:  031504
AUTENTICACAO SISBB:        E.E25.789.43C.026.158
```

Em 06/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Priscila

Atendimento Sabesp

Parcelas	Vencimento	Valor
Montante vigente	[illegible]	[illegible]
Atendimento/Deferido	[illegible]	[illegible]
Atendimento/Pedido	[illegible]	[illegible]

Total [illegible]

Tributos	Alíquota(%)	Base de Cálculo(R$)	Valor(R$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

83970000006 8 4117 0092 0097 8 0710 0202 3018 0000 0240 0023 1

VIA SABESP Atenção: Não dentigue rasgue ou vaze do batente

Cod. Fornecimento	Data Emissão	Vencimento	Total
3000279 [illegible]	06/03/2024	15/03/2024	641,21

Cod. Sabesp: 256 002 005 0000 2110 0000 0000 [illegible]

[redacted]

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 15.30.55
366840366B SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: HOSPITAL M & CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
Convenio SABESP
Codigo de Barras 82660000014-3 35030097091-0
07197711568-3 00609218013-1
Data do pagamento 15/03/2024
Valor Total 1.470,03

DOCUMENTO: 031505
AUTENTICACAO SISBB: A.F60.0DC.224.588.C1F

AVISOS

Em 06/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/03/24. Thiago

Atendimento

Total

Subtotal

Cód. Faturamento

Data Emissão

Total

Cód. Débito

[redacted]

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/03/2024 -      AUTOATENDIMENTO       - 15.30.55
3668405668          SEGUNDA VIA              0001

            COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA/        15,968-3
==================================================
Convenio  CPFL CIA PAULISTA DE FORC
Codigo de Barras   83620000035-1   65250040300-2
                   75003450003-8   10001644991-4
Data do pagamento                     15/03/2024
Valor em Dinheiro                       3.565,25
Valor em Cheque                             0,00
Valor Total                             3.565,25
--------------------------------------------------
DOCUMENTO:  031506
AUTENTICACAO SISBB:        D.428.200.828.597.402
```

Transação efetuada com sucesso por: 2F203158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

de Força e Luz

CPFL PAULISTA

HOSP E MAT BENEF DE CHARQUEADA
R OSVALDO CRUZ 70
CENTRO
13515-000 CHARQUEADA SP

Nota Fiscal
Conta de Energia Elétrica
Nº 301780893 Série C
Data de Emissão: 06/03/2024
Data de Apresentação: 07/03/2024
Pág 01 de 01
Conta Contrato Nº 31300648951
Leitura Próxima Mês: 03/04/2024

Lote	Roteiro de leitura	Nº. Medidor	PN
02	CHABU002-00000149	40127348	701803824

Reservado ao Fisco
73AC.3380.9BDD.4B2A.B98A.0AD0.D6D3.0CF9

PREZADO(A) CLIENTE

[illegible]

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

HOSP E MAT BENEF DE CHARQUEADA
R OSVALDO CRUZ 70
CENTRO
13515-000 CHARQUEADA - SP

CNPJ: 91.421.579/0001-18
INSCEST: ISENTO
CLASSIFICAÇÃO: Comercial/ 99 Comercial Outras Serviços Atividades - Trifásico 220 / 127 V

ATENDIMENTO	PN	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0800 010 1010 www.cpfl.com.br	701803824	INSTALAÇÃO: 15603458	MAR/2024	14/03/2024	3.565,25

DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO / RESERVADO AO FISCO

[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

[illegible]

QUADRO ANEEL

[illegible]

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO / DATAS DE LEITURAS

[illegible]

INDICADORES DE CONTINUIDADE DO FORNECIMENTO DE ENERGIA

Para consulta dos indicadores acesse nosso site www.cpfl.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA

[illegible]

Em 06/03/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Fatura. Essa despesa foi [illegible] Pregão Eletrônico Municipal de Credenciamento nº 02/2024, processo nº 116/2023 de 01/02/2024. Parecer

AVISO IMPORTANTE

[illegible]

Pague aqui - PIX

Nota Fiscal
Conta de Energia Elétrica
Nº 301780893 Série C

Cód.Débito Banco	Total a Pagar (R$)	Data de Vencimento
31300648951	3.565,25	14/03/2024

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa no site

CYBER SEC	AV ITALO LORANDI 196 - CENTRO
FARMACIA FARMAVIP	PRAÇA ANTONIO D NUNES 112 - CENTRO
ARMAZEM DE LUCA	RUA SÃO JOÃO 550 - RECREIO

83620000035165250040308273803414003010002648951 4

Autenticação Mecânica

cpfl paulista

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:06:59
366003668 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M N CHARQUERDA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 18/03/2024
NR. DOCUMENTO 553.668.000.000.300
VALOR TOTAL 638,49
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: BELLA PLANTA SUPERMERCADO
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300-X
NR. DOCUMENTO 553.668.000.013.958
==========
NR.AUTENTICACAO 6.187.29F.BAF.4D7.051

Nº 2485
SÉRIE 1

BELLA PLANTA SUPERMERCADOS LTDA
RUA SILVIO ZANONI, 320, CENTRO
CHARQUEADA - SP
CEP: 13515000
FONE: (19) 99[illegible]

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1
Nº 2485
SÉRIE 1
FOLHA 1
PÁGINA 1 DE 1

CHAVE DE ACESSO
35240037729393000143550010000002485100002860

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 BASE EMISSAO DE REG. NA ECF

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240341862320 - 16/02/2024 12:13:13

PROTOCOLO DE ENTRADA
265024045115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ
37.729.939/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA

CNPJ
61.421.279/0001-18

DATA EMISSÃO
16/02/2024

ENDEREÇO
RUA OSWALDO CRUZ, 70

BAIRRO / DISTRITO
BOA VISTA

CEP
13515000

DATA SAÍDA / ENTRADA
16/02/2024

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

FONE / FAX
1934081333

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA / ENTRADA
10:09

FATURA / DUPLICATA

VENCIMENTO(S): 17/03/2024 - 936,49

CÁLCULO DO IMPOSTO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
56,07	10,07	0,00	0,00	0,00	0,00	936,49

VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS ST	VALOR DO FCP	VALOR DO ICMS UFDEST	VALOR DO ICMS UFREMET	VALOR TOTAL DO PIS	VALOR TOTAL DO COFINS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	936,49

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	Sem Cobrança				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
47					

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESC.	VALOR TOTAL	VALOR UNIT.	BASE CÁLCULO ICMS	BASE CÁLCULO ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
16/02/24
[redacted] M. Zanatta

Em 16/02/24 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo nº 11681/2023 de 01/01/24. Procuradoria

CÁLCULO DE ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:06:55
366803668 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M S CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-1
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 18/03/2024
NR. DOCUMENTO 553.668.000.000.319
VALOR TOTAL 475,87
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PANSERINI & P L EIRE
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 319-0
NR. DOCUMENTO 553.668.000.015.968
==========
NR.AUTENTICACAO 8.1AD.7A6.3F4.8F7.E1E

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Gerido

Panserini

Panserini e Panserini Ltda

Rua Santa Cecília, 300 - Centro
13515-000 Charqueada - SP
(19) 3486-1348
panserini@hotmail.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA: **1**

000.006.838
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0257 [illegible] 0068 38[illegible] 4544

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240341138501 16/02/2024 10:46:08

INSCRIÇÃO ESTADUAL
206.005.527.110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
57.986.853/0001-61

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE DE CHARQUEADA

CNPJ
51.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO
16/02/2024

ENDEREÇO
RUA OSVALDO CRUZ, 70

BAIRRO / DISTRITO
SAO BENEDITO

CEP
13515-000

DATA DA SAÍDA
16/02/2024

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

UF
SP

FONE / FAX
(19) 3486-1333

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
10:46:32

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	475,07

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	107,58		475,07

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0-Sem Frete

CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ

ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	VALOR ICMS ST
7896[illegible]24[illegible]	PEITO LAR CONGELADO KG	1211[illegible]	040	5929	UN	2,00	3,29	6,58	0,00	0,00			2,37
7896[illegible]	FILEZAO CARIOCA TIPO QUITO	0711[illegible]	040	5929	UN	10,00	7,98	79,80	0,00	0,00			21,01
7897[illegible]	ARROZ REI DO PRATO 5KG	1006.30.21	040	5929	UN	8,00	24,99	199,92	0,00	0,00			31,42
[illegible]	CHEIRO VERDE	0709.99.90	040	5929	UN	3,00	2,99	8,97	0,00	0,00			3,94
7896[illegible]	LEITE GELIA INTEIRAL 1 LIT	0401.20.10	040	5929	UN	12,00	3,98	47,76	0,00	0,00			13,81
912	ALFACE	0701.10.00	040	5929	UN	10,00	2,99	29,90	0,00	0,00			7,87
802	CEBOLA	0703.10.19	040	5929	KG	3,00	4,97	14,91	0,00	0,00			3,93
807	CENOURA	0706.10.00	040	5929	KG	2,00	3,97	7,94	0,00	0,00			2,09
800	CHOCHU	0709.60.00	040	5929	KG	4,00	5,99	23,96	0,00	0,00			6,31
808	PEPINO	0709.60.00	040	5929	KG	2,00	4,98	9,96	0,00	0,00			2,62
877	REPOLHO	0704.90.00	040	5929	KG	1,00	3,99	3,99	0,00	0,00			1,05
849	BANANA PRATA	0803.10.00	040	5929	KG	3,00	5,48	16,44	0,00	0,00			4,33
805	LARANJA PERA	0805.10.00	040	5929	KG	2,22	3,98	8,84	0,00	0,00			2,33
871	COUVE FOLHA	0704.90.00	040	5929	UN	4,00	2,99	11,96	0,00	0,00			3,15

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
16/02/24
[redacted]

Em 16/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo nº 1165/2023 de 02/01/24 Prefeita

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Venda efetuada após do cupom fiscal eletrônico n. 236792 emitido 16/02/2024, através do qual os impostos são recolhidos.
*NF-e REF: 35240257986853000161550000000001511290425107566

RESERVADO AO FISCO

NF-e
000.006.838
SÉRIE 1

Emissão de comprovantes - 3o nível

03342013811134491
20/03/2024 14:01:49

20/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:01:49
366003668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891134100363007181820793610364965000000015000
BENEFICIARIO:
LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE
NOME FANTASIA:
LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE
CNPJ: 47.080.235/0001-02
BENEFICIARIO FINAL:
LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE
CNPJ: 47.080.235/0001-02
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERN. BEN. CHARQUEADA
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 21.881
DATA DE VENCIMENTO 17/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 18/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 950,00
VALOR COBRADO 950,00
==========
NR.AUTENTICACAO D.F97.48E.2BE.994.E64
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de
produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais
habituais agência, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão,
outros produtos e serviços da Ouvidoria.

INFORMATIVO

Sicredi | 748-X

Recibo do Pagador

Local de Pagamento: **Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.**

Vencimento: **17/03/2024**

Beneficiário: **LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE**

CNPJ: **47080235000102**

Agência / Código do Beneficiário: **0718.82.07926**

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
16/02/2024	1464	DMI	N	16/02/2024	24/100363-8

Espécie Moeda	Quantidade Moeda	(=) Valor do Documento
REAL		R$950,00

Instruções:

SUJEITO A PROTESTO APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 1.00 %
APOS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R$ 0.03

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: **HOSPITAL E MATERN. BEN. CHARQUEADA - 51421279000118**
CHARQUEADA SP 13515000
RUA OSWALDO CRUZ , 70 -

Sacador/Avalista: -

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

Sicredi | 748-X | **74891.12412 00363.807181 82079.261036 4 96580000095000**

Local de Pagamento: **Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.**

Vencimento: **17/03/2024**

Beneficiário: **LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE**

CNPJ: **47080235000102**

Agência / Código do Beneficiário: **0718.82.07926**

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
16/02/2024	1464	DMI	N	16/02/2024	24/100363-8

Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor do Documento
REAL		R$950,00

Instruções:

SUJEITO A PROTESTO APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO

APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 1.00 %
APOS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R$ 0.03

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: **HOSPITAL E MATERN. BEN. CHARQUEADA - 51421279000118**
CHARQUEADA SP 13515000
RUA OSWALDO CRUZ , 70 -

Sacador/Avalista: -

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

LIDERAMED

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE LTDA
Avenida 12 de maio, 300
Bairro: Vila Santa Edwiges
13076-231 Sao Jose do Rio Preto - SP
Fone: (19)3251-1979

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº 1.464
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
NF21 0247 0002 3500 0001 5500 1000 0014 6410 0007 6691

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
135240001125867 - 16/02/2024 17:43:42

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5405 VENDA MER SUBST DENTRO DO ESTADO

431910

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
639.197.316.110		47.080.235/0001-02

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA DA EMISSÃO
HOSPITAL E MATERN. BENEFICIENTE DE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	16/02/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
RUA OSWALDO CRUZ, 70	CENTRO	13515-000	16/02/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Charqueada	(019)3486-1333	SP		17:43:42

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

17/03/24 - 950,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	950,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	950,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
10	volumes			0,0000	0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CÓD. NCM	CSOSN	UNIDE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Em 16/02/24 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada nº 02/2024, processo nº 11681/2023 de 01/01/24 Prazo:

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Tributos aproximados R$: 127,76 Federal R$: 126,31 Estadual Fonte: IBPT /

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
19/2/24
Liliana Arruda

DOCINWEB - WWW.DOCINWEB.COM.BR

20/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:01:49
364003668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
==========
BCO BRADESCO S.A.

23793.39605 20000000164 80060000 1 09296590000062640
BENEFICIARIO:
MASTER HIGIMED COMERCIAL DE PR
NOME FANTASIA:
MASTER HIGIMED COMERCIAL DE PRODUTO
CNPJ: 11.738.935/0001-60
BENEFICIARIO FINAL:
MASTER HIGIMED COMERCIAL DE PRODUTO
CNPJ: 11.738.935/0001-40
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE
CNPJ: 51.421.279/0001-10

NR. DOCUMENTO 31.882
DATA DE VENCIMENTO 18/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 18/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 626,40
VALOR COBRADO 626,40
==========
NR.AUTENTICACAO 2.2F9.CC3.881.F01.8CC
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Bradesco 237-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário: MASTER HIGMED

Agência/Código Beneficiário: 3396 / 0000001-0

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C

Nosso Número: 5730723000000001589

Vencimento	Número do documento	Espécie Moeda	Valor do Documento
18/03/2024	000001307	R$	626,40

Motivo da não entrega (Para uso do entregador exclusivamente)

( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe o nº indicado
( ) Não procurado ( ) Recusado ( ) Endereço insuficiente
( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Endereço não atende

Data: Assinatura: Data: Entregador:

Local de Pagamento: Pagável Preferencialmente em qualquer agência Bradesco

Data do Processamento: 19/02/2024

Bradesco 237-2 23793.39605 20000.000164 89060.000109 2 96590000062640

Recibo do Pagador

Local de Pagamento: Banco Bradesco S.A
Pagável Preferencialmente em qualquer agência Bradesco

Vencimento: 18/03/2024

Beneficiário/Cedente: MASTER HIGMED CNPJ: 11.730.935/0002-01 I.E.: 122.037.742.110
R ALFREDO DA COSTA PIGO, 218 PARQUE RURAL FAZENDA SANTA CANDIDA, CAMPINAS, SP CEP: [redacted]

Agência/Código Beneficiário: [redacted]001-0

Data do Documento	Número do documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento
19/02/2024	000001307			19/02/2024

Uso do Banco	Cip	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	Valor
		02	R$		

Nosso Número: 5730723000000001589

Valor do Documento: 626,40

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(-) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C - 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ,75-
13215000 CHARQUEADA - SP

Sacador/Avalista:

Autenticação Mecânica

Bradesco 237-2 23793.39605 20000.000164 89060.000109 2 96590000062640

Local de Pagamento: Banco Bradesco S.A
Pagável Preferencialmente em qualquer agência Bradesco

Vencimento: 18/03/2024

Beneficiário/Cedente: MASTER HIGMED CNPJ: 11.730.935/0002-01 I.E.: 122.037.742.110
R ALFREDO DA COSTA PIGO, 218 PARQUE RURAL FAZENDA SANTA CANDIDA, CAMPINAS, SP CEP: [redacted]

Agência/Código Beneficiário: [redacted]001-0

Data do Documento	Número do documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento
19/02/2024	000001307			19/02/2024

Uso do Banco	Cip	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	Valor
		02	R$		

Nosso Número: 5730723000000001589

Valor do Documento: 626,40

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(-) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C - 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ,75-
13215000 CHARQUEADA - SP

Sacador/Avalista:

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

MASTER HIGIMED

MASTER HIGIMED

CHAVE DE ACESSO DA NF-e
3524 0211 7309 3500 0301 5500 3000 0013 8714 2660 4930

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

N. 000000 207
SÉRIE 3
FOLHA 01/01

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC. ADQ TERC. VENDA MERC. ST ST

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO

CNPJ/CPF
[illegible]

MOTIVO CANCELAMENTO

NOME/RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE MENINO JESUS LTDA

CNPJ/CPF
[illegible]

DATA DE EMISSÃO
[illegible]

ENDEREÇO
[illegible]

BAIRRO/DISTRITO
SÃO BENEDITO

CEP
[illegible]

DATA ENTRADA/SAÍDA
[illegible]

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

FONE/FAX
[illegible]

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA
[illegible]

FATURA

Nº	Vencimento	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS substituição	Valor do ICMS substituição	Valor total dos produtos
[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	[illegible]

Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor total da nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	[illegible]

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
CARGO TRANSPORTE MATRIZ

FRETE POR CONTA
[illegible]

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
[illegible]

ENDEREÇO
RUA [illegible] CARVALHO, [illegible]

MUNICÍPIO
SÃO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE
37

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
[illegible]

PESO LÍQUIDO
[illegible]

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Código do produto	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CST	CFOP	Unid.	Quant.	Vl. unit.	Vl. total	B. cálculo ICMS	Vl. ICMS	Vl. IPI	Aliq. ICMS	Aliq. IPI
[illegible]	MACACÃO BLUE MARCA: JOCATHA - REF. 70.004	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00%	0,00%
[illegible]	PAPEL HIGIÊNICO ROLÃO BRANCO 8CX - MARCA: CEBRIPEL - REF. 17020	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00%	0,00%
[illegible]	LENÇOL DESCARTÁVEL HOSPITALAR (LG) - MARCA: MASTER HIGIMED - REF. 424	[illegible]	[illegible]	[illegible]	RL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	[illegible]	0,00%

Em 19/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo do convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24 [illegible]

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

[illegible]

RECEBIMENTO DO PRODUTO

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

25/02/24

[illegible]

powered by TOTVS

20/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:01:49
346003608 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 5568-4 CONTA: 15.968-3
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

85100224524100000000623545001010396190000104343
BENEFICIARIO:
J P INDUSTRIA FARMACEUTICA S/A
NOME FANTASIA:
J P INDUSTRIA FARMACEUTICA S/A.
CNPJ: 55.972.087/0001-50
BENEFICIARIO FINAL:
J P INDUSTRIA FARMACEUTICA S/A.
CNPJ: 55.972.087/0001-50
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.421.275/0001-16

NR. DOCUMENTO 31.885
DATA DO VENCIMENTO 18/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 18/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.049,63
VALOR COBRADO 1.049,63
==========
NR.AUTENTICACAO 0.013.841.966.111.96F
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de
produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais
habituais agência, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão,
outros produtos e serviços de Ouvidoria.

033-7

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento

PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento: 18/03/2024

Beneficiário

[illegible] FARMACÊUTICA S/A - [illegible]

AV CASTELO BRANCO, 988 - PARQUE RESIDENCIAL LACOM - RIBEIRÃO PRETO - SP - CEP: [illegible]

Agência / Cód. Beneficiário: 0019 / 3449408

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
16/02/2024	[illegible]	DM	NÃO ACEITO	21/02/2024	[illegible]

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(=) Valor	(=) Valor do Documento
	RAPIDA CNEC	REAL		R$ 0,00	R$ 1.049,53

Instruções

EMITIR DIARIO DE R$ 1,64

COBRAR MULTA DE 20,00 APOS 18/03/2024

Pagador: [illegible]

Beneficiário Final:

Demonstrativo / Instruções Cedente do Recibo substituído de Reembolso:

AJUSTE DIARIO DE R$ 1,64

COBRAR MULTA DE 20,00 APOS VENCIMENTO

(*) Nº do Pedido de Interna Reembolso em 21/02/2024

Autenticação Mecânica

Corte na linha pontilhada

Santander 033-7

03399.22452.42600.000006.23545.801013.8.96590000104963

Local de Pagamento

PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento: 18/03/2024

Beneficiário

[illegible] FARMACÊUTICA S/A - [illegible]

AV CASTELO BRANCO, 988 - PARQUE RESIDENCIAL LACOM - RIBEIRÃO PRETO - SP - CEP: [illegible]

Agência / Cód. Beneficiário: 0019 / 3449408

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
16/02/2024	[illegible]	DM	NÃO ACEITO	21/02/2024	[illegible]

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(=) Valor	(=) Valor do Documento
	RAPIDA CNEC	REAL		R$ 0,00	R$ 1.049,53

Instruções

EMITIR DIARIO DE R$ 1,64

COBRAR MULTA DE 20,00 APOS 18/03/2024

(-) Desconto/Abatimento: R$ 0,00

(-) Outras Deduções: R$ 0,00

(+) Mora/Multa

(+) Valor Cobrado

Pagador: [illegible]

Beneficiário Final:

Autenticação Mecânica

Identificação do emitente
JP IND FARMACEUTICA SA

JP FARMA

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA
N. 000222164
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3524 0255 9720 8708 0150 5500 1000 2221 6415 4625 7409

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

43 e 104

| | | |

20/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:01:49
368003668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
BANCO INTER

97790001161200433000812412006275595461000003600
BENEFICIARIO:
ALINE C A DO CARMO
NOME FANTASIA:
ALINE C A DO CARMO
CNPJ: 11.194.725/0001-84
BENEFICIARIO FINAL:
ALINE C A DO CARMO
CNPJ: 11.194.725/0001-84
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.431.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 32.002
DATA DE VENCIMENTO 20/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 20/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 360,00
VALOR COBRADO 360,00
==========
NR.AUTENTICACAO E.D8C.4B9.E8B.553.CAB
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

inter

Boleto Pix
R$ 360,00

Quem vai receber:
ALINE C A DO CARMO

inter

Beneficiário
11.194.725/0001-84 - ALINE C A DO CARMO
Endereço do Beneficiário
RUA ANTONIO MONTESELLER 105 , 13517-410 CHARQUEADA - SP

Pagador	Vencimento	Valor do Documento
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	26/03/2024	360,00

Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número / Cód. do Documento	Autenticação Mecânica
0001/076274588	00018/112/012412062 7-5	

inter | 077-9 | 07790.00116 12084.338008 12412.062759 5 96610000036000

Local de Pagamento	Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO	26/03/2024
Beneficiário	Agência / Código do Beneficiário
11.194.725/0001-84 - ALINE C A DO CARMO	0001/076274588

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
26/02/2024	NF 502	DM	NÃO	26/02/2024	00018/112/012412062 7-5

Uso do banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	Valor do Documento
	112	BRL			360,00

Informações de responsabilidade do beneficiário

Data Limite para pagamento: 26/03/2024

(-) Descontos / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
OSWALDO CRUZ 70
JARDIM SÃO BENEDITO, 13517-032 CHARQUEADA/SP
CNPJ/CPF: 31.421.479/0001-19

Beneficiário Final: ALINE C A DO CARMO
CNPJ/CPF: 11.194.725/0001-84

Autenticação Mecânica — Ficha de Compensação

RECEBEMOS DE ALINE C A DO CARMO ME OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 992 Série 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

cybertec
tecnologia da informação

ALINE C A DO CARMO ME

Avenida Rio Branco 190 - CEP: 13.515-086 - Centro - Charqueada/SP - Fone: 18829035651

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída: 1

Nº 992
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO
35240211194725000184550010000009921734662682

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda	135240430835458 28/02/2024 16:45:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ/CPF
266070490110		11.194.725/0001-84

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	ISENTO	28/02/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO**	**CEP**	**DATA SAÍDA**
RUA OSWALDO CRUZ 70	SAO BENEDITO	13.515-000	28/02/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**HORA SAÍDA**
Charqueada	193861333	SP	16:41:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	360,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	360,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - Emitente 1 - Terceiros 2 - Destinatário/Remetente 3 - Emitente/Remetente 4 - Destinatário Próprio 9 - Sem Frete: 9				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
, - - - CEP:			

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
0				0.0	0.0

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QTDE	VALOR	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	PC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	[illegible]	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
07109	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

DESCRIMINAÇÃO	RESERVADO AO FISCO
I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL";II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI". **Você pagou aproximadamente:** **R$ 56,59 de tributos federais** **R$ 43,20 de tributos estaduais** **Fonte: IBPT/empresometro.com.br 4B7157**	Em 28/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo nº 11681/2023 de 01/01/24. Priscila

20/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:01:49
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL H B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
BCO CITIBANK S.A.

74593100150756202800400035202334196610000009425
BENEFICIARIO:
AIR LIQUIDE BRASIL L
NOME FANTASIA:
AIR LIQUIDE BRASIL L
CNPJ: 00.331.788/0001-15
BENEFICIARIO FINAL:
AIR LIQUIDE BRASIL L
CNPJ: 00.331.788/0001-15
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 32.002
DATA DE VENCIMENTO 20/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 20/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 896,25
VALOR COBRADO 896,25
==========
NR.AUTENTICACAO 5.386.CFF.C22.523.182
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

citi | 745-5

Recibo do Sacado/Pagador

Local de Pagamento

Cedente/Beneficiário

Data documento	No. documento	Espécie doc.	Aceite	Data
		DM	N	

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor

Instruções (Sob de responsabilidade do cedente/beneficiário)

Vencimento

Cedente/Beneficiário Agência/Código

Nosso Número

(=)Valor do documento

(-)Desconto

(-)Outras deduções/abatimento

(+)Mora/Multa

(+)Outros Acréscimos

(=)Valor cobrado

Sacado/Pagador

Beneficiário Final

Autenticação mecânica

citi | 745-5 | 74593.18015 07562.028006 00035.283334 1 96610000089625

Local de Pagamento

Vencimento

Cedente/Beneficiário

Cedente/Beneficiário Agência/Código

Data documento	No. documento	Espécie doc.	Aceite	Data
		DM	N	

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor

Nosso Número

(=)Valor do documento

Instruções (Sob de responsabilidade do cedente/beneficiário)

(-)Desconto

(-)Outras deduções/abatimento

(+)Mora/Multa

(+)Outros Acréscimos

(=)Valor cobrado

Sacado/Pagador

Beneficiário Final

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Identificação do emitente

AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

N. 000575701
SÉRIE 200
FOLHA 01/02

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3524 0200 3117 0000 1603 5520 0000 3757 0119 4348 8055

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 MERC. ADQUIRIDA TERC.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240034556136 (04/02/2024 16:08:21)

INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
[illegible]

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL [illegible] DE CHAPECÓ

CNPJ/CPF
[illegible]

DATA DA EMISSÃO
[illegible]

ENDEREÇO
[illegible]

BAIRRO/DISTRITO
[illegible]

CEP
[illegible]

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO
CHAPECÓ

FONE/FAX
[illegible]

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

NÚM.								
[illegible]								

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	[illegible]

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	[illegible]

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTADORA [illegible] LTDA	1-REMETENTE				[illegible]

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]	[illegible]	SP	[illegible]

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CILINDRO	[illegible]		[illegible]	[illegible]

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	V. UNIT.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	[illegible]	[illegible]

Em 14/02/24 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Chapecó n.º 02/2024 PROCESSO n.º 11681/2023 de 01/01/24 Priscila

CÁLCULO DO FRETE

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO FRETE	VALOR DO FRETE

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

COD.[illegible] (01)
[illegible]
Nº Viagem [illegible] Emissão: [illegible] - [illegible] - NF de Cargo: [illegible]
[illegible] Número: [illegible] Data de Carga: [illegible] Forma de pagamento: [illegible]
[illegible]
Conhecimento de Pagamento: [illegible] Data: [illegible] Valor: [illegible] - Data Venc.: [illegible] - Banco Emissor: [illegible] - Agência: [illegible] - Conta: [illegible] - Nosso Número: [illegible] - Tipo Pagamento: [illegible] - Tipo Frete: [illegible] - Tipo Cobrança: [illegible] - Tipo Conhecimento: [illegible] - Tipo Tarifa: [illegible] - Tipo Emissão: [illegible] - Tipo Impressão: [illegible] - Tipo Serviço: [illegible] - Tipo Modal: [illegible] - Tipo Cobertura: [illegible] - Tipo Natureza: [illegible] - Tipo Frete: [illegible] - Tipo Carga: [illegible] - Tipo Embalagem: [illegible] - Tipo Unidade: [illegible] - Tipo Moeda: [illegible] - Tipo Seguro: [illegible] - Tipo Documento: [illegible] - Tipo Operação: [illegible] - Tipo Pagamento

Identificação do emitente

AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

[illegible]

DANFE

[illegible]

0-ENTRADA

1-SAÍDA

N. 000157701

SÉRIE 200

FOLHA 02/02

CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3524 0200 3317 0000 1603 5520 0000 3737 0118 6148 0055

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA	[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ DEST
[illegible]		[illegible]

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESPONSABILIDADE DE MARCA PROPRIEDADE CLIENTE DA AIR NORDER CLIENTES E REVENDEDORES PERTINENTES EXCLUSIVAMENTE AO ACONDICIONAMENTO DOS GASES PARA SUA FABRICAÇÃO E NÃO PODERÁ SER PINTADO OU CONDICIONADO PARA PRODUTOS ALIÉS TRATADOS OU ACONDICIONADOS [illegible] conforme de Portaria CAT 127/2013 e art. 436-B

IRS/SP/NP - [illegible] válidos a aos [illegible] 31/12/2021

RESERVADO AO FISCO

20/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:01:49
368803048 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
==========
BCO SAFRA S.A.

41297149040083011500000863008429196410000042874
BENEFICIARIO:
SERVIMED COML LTDA
NOME FANTASIA:
SERVIMED COML LTDA
CNPJ: 44.463.156/0001-84
BENEFICIARIO FINAL:
SERVIMED COML LTDA
CNPJ: 44.463.156/0001-84
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 32.083
DATA DE VENCIMENTO 20/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 20/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 438,74
VALOR COBRADO 438,74
==========
NR.AUTENTICACAO 8.7C8.290.C52.556.802
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de
produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais
habituais agência, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão,
outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JF303159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

Banco Safra S.A. |422-7| **Recibo do Pagador**

Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento.					Vencimento: 20/03/2024
Beneficiário: SERVIMED COMERCIAL LTDA				CNPJ: 44.463.158/0001-84	Agência / Código do Beneficiário: 14900/003011500
Data do Documento: 21/02/2024	Nº do Documento: 401489519920240001	Tipo Doc: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 21/02/2024	Nosso Número: 08686309
Uso do Banco	Carteira: 02	Espécie: R$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do Documento: 428,74

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)

APÓS 23/03/2024 COBRAR MULTA DE ..... R$ 8,57
APÓS 20/03/2024 + TX. PERM. AO DIA DE: R$ 1,71
PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS

(-) Desconto/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

PAGADOR (94340) HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ 70 70 CENTRO
13515-000 CHARQUEADA/SP

Beneficiário: **SERVIMED COMERCIAL LTDA 44.463.158/0001-84**

Autenticação Mecânica

NOTA FISCAL	VALOR	DATA	NOTA FISCAL	VALOR	DATA	NOTA FISCAL	VALOR	DATA
000001417	R$0,74	21/02/2024						

DESCONTOS CONCEDIDOS JÁ APLICADOS NO VALOR DESTE BOLETO (DM = Devoluções / UD = Utilização de devolução / CC = Crédito de crédito / UC = Utilização de crédito)

DATA EMISSÃO	TP DOC	NFD	NFD	VALOR	DATA EMISSÃO	TP DOC	NFD	NFD	VALOR

Banco Safra S.A. |422-7| **42297.14904 00030.115000 08686.309629 1 96610000042874**

Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento.					Vencimento: 20/03/2024
Beneficiário: SERVIMED COMERCIAL LTDA				CNPJ: 44.463.158/0001-84	Agência / Código do Beneficiário: 14900/003011500
Data do Documento: 21/02/2024	Nº do Documento: 401489519920240001	Tipo Doc: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 21/02/2024	Nosso Número: 08686309
Uso do Banco	Carteira: 02	Espécie: R$	Quantidade	x Valor	(=) Valor do Documento: 428,74

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)

APÓS 23/03/2024 COBRAR MULTA DE ..... R$ 8,57
APÓS 20/03/2024 + TX. PERM. AO DIA DE: R$ 1,71
PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7 (SETE) DIAS

(-) Desconto/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

PAGADOR (94340) HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ 70 70 CENTRO
13515-000 CHARQUEADA/SP

Beneficiário: **SERVIMED COMERCIAL LTDA 44.463.158/0001-84** (2012 / 9000 / 1893 / FRC4) (007) 009400874

Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

21/02/2024		NF-e Nº 9408074 SÉRIE 7 FOLHA 1/1

Servimed
SERVIMED COMERCIAL LTDA
AV. NAÇÕES UNIDAS, 37-37
JARDIM PANORAMA
BAURU - SP
CEP: 17.047-903
Tel.: (14) 2106-2000

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 9408074
SÉRIE 7
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0344 4831 8000 0186 5500 7000 4080 7417 6550 6003

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 MERCADORIA PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO: 143246 — 143246117944867 21/02/2024 11:43:05-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0300174384112
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:
CNPJ: 24.461.158/0001-84

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC ENTE DE CHAPADEIRA — CNPJ: 51.421.279/0001-18 — DATA DE EMISSÃO: 21/02/2024
ENDEREÇO: R CORNELIO CAIS 70 — Nº 70 — BAIRRO/DISTRITO: CENTRO — CEP: 15615-000 — DATA DE SAÍDA/ENTRADA: 21/02/2024
MUNICÍPIO: CHAPADEIRA — FONE/FAX: 37161344 — UF: SP — INSCRIÇÃO ESTADUAL: — HORA DE SAÍDA/ENTRADA:

FATURA/DUPLICATA

FATURA	VENCIMENTO	VALOR							
001	22/02/2024	428,74							

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DA SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS DA SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
428,74	51,45	0,00	0,00	428,74

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	428,74

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
RAZÃO SOCIAL: LOUVAR LOGISTICA LTDA — FRETE POR CONTA: 1 - Remetente — CÓDIGO ANTT: — VEÍCULO PLACA: — UF: — CNPJ: 02.126.179/0018-32
ENDEREÇO: R 179 ERAMOS 43 — MUNICÍPIO: — UF: — INSCRIÇÃO ESTADUAL: 6155268371114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2				0,600	0,500

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CST	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. BC ICMS ST	V. ICMS ST
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

Em 21/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Chapadeira, n.º 02/2024, processo n.º 11651/2023 de 01/01/24 Priscila

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
[illegible]

RESERVADO AO FISCO
RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
21/02/24
Liana Arruda

Emissão de comprovantes - 3o nível

G334211107E2B315\1
21/03/2024 11:10:48

21/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:10:11
366000040E SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.908-3
****
DATA DA TRANSFERENCIA 21/03/2024
NR. DOCUMENTO 553.668.000.011.486
VALOR TOTAL 1.850,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EDMARIO MARCOLINO DO PRAD
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 11.486-3
NR. DOCUMENTO 553.668.000.015.960
==========
NR.AUTENTICACAO C.420.000.086.140.A3B

Transação efetuada com sucesso por: 3F351116 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

NFSe

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35117082203635174000160300000000000424034829493126

Número da NFS-e 4	Competência da NFS-e 21/03/2024	Data e Hora da emissão da NFS-e 21/03/2024 09:24:06	
Número da DPS 7	Série da DPS 900	Data e Hora da emissão da DPS 21/03/2024 09:24:06	A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e.

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço	CNPJ / CPF / NIF 32.835.174/0001-85	Inscrição Municipal -	Telefone (19) 99674-9718
Nome / Nome Empresarial 32.835.174 ELIEZER FERREIRA DO PRADO		E-mail LIPRADO0214.EF@GMAIL.COM	
Endereço DO CONTORNO, 439		Município Charqueada - SP	CEP 13515-132
Simples Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		Regime de Apuração Tributária pelo SN -	

TOMADOR DO SERVIÇO

	CNPJ / CPF / NIF 51.421.279/0001-18	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		E-mail -	
Endereço R OSWALDO CRUZ, 70		Município Charqueada - SP	CEP 13517-032

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 07.02.01 - Execução, por administração, de obras de construção civil...	Código de Tributação Municipal -	Local da Prestação Charqueada - SP	País da Prestação -
Descrição do Serviço LIMPEZA DAS PLACAS DE ENERGIA SOLAR			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	País Resultado da Prestação do Serviço -	Município de Incidência do ISSQN Charqueada - SP	Regime Especial de Tributação Nenhum
Tipo de Imunidade -	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não	Número Processo Suspensão -	Benefício Municipal -
Valor do Serviço R$ 1.850,00	Desconto Incondicionado -	Total Deduções/Reduções -	Cálculo do BM -
BC ISSQN -	Alíquota Aplicada -	Retenção do ISSQN Não Retido	ISSQN Apurado -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	CP -	CSLL -	
PIS -	COFINS -	Retenção do PIS/COFINS -	TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R$ 1.850,00	Desconto Condicionado R$	Desconto Incondicionado R$	ISSQN Retido -
IRRF, CP, CSLL - Retidos R$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		Valor Líquido da NFS-e R$ 1.850,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 21/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de comodato firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Rosa

Emissão de comprovantes - 3o nível

03342110385425701
21/03/2024 10:46:14

21/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:46:15
356883808 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399884570120000036997136701048896620000156547
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMOD COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.266.099/0001-07
PAGADOR:
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQ
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 32.101
DATA DE VENCIMENTO 21/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.565,47
VALOR COBRADO 1.565,47
==========
NR.AUTENTICACAO 6.398.828.C21.776.140
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JF301136 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Santander | 033-7 |

Recibo do Pagador

Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.

Endereço do Beneficiário: Al.Santos 1406 Cerqueira Cesar 01418-100 SAO PAULO/SP

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento
22/02/2024	6625058U	02	NAO	23/02/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 2,66 AO DIA, A PARTIR DE 23/03/2024.

Vencimento: 21/03/2024
Ponto Venda/Cent. Beneficiário: 03689 4845013
Nosso Número: 000003697136-7
(=) Valor do Documento: 1.565,47
(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
RUA: OSWALDO CRUZ, N 70.
CENTRO 13.517-032 CHARQUEADA /SP
CNPJ/CPF: 51.421.278/0001-18

Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
RUA PROJETADA,S/N ITAIM 37.600-000 CAMBUIMG
CNPJ/CPF: 11.206.093/0001-07

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 |

Ficha de Caixa

Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.
Ponto Venda/Cent. Beneficiário: 03689 4845013

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento
22/02/2024	6625058U	02	NAO	23/02/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 2,66 AO DIA, A PARTIR DE 23/03/2024.

Vencimento: 21/03/2024
Nosso Número: 000003697136-7
(=) Valor do Documento: 1.565,47
(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | 03399.48457 01300.000369 97136.701048 8 96620000156547

Local de Pagamento: PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA SANTANDER

Vencimento: 21/03/2024

Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.
Ponto Venda/Cent. Beneficiário: 03689 4845013

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento
22/02/2024	6625058U	02	NAO	23/02/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 2,66 AO DIA, A PARTIR DE 23/03/2024.

Nosso Número: 000003697136-7
(=) Valor do Documento: 1.565,47
(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
RUA: OSWALDO CRUZ, N 70.
CENTRO 13.517-032 CHARQUEADA /SP
CNPJ/CPF: 51.421.278/0001-18

Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ/CPF: 11.206.093/0001-07

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tuneki Automóveis, 399 - Galpão 29 - Cerrado Alento - ARUJÁ, SP. CEP 07420-000, Fone 11-4604-1799

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

ENTRADA 1
SAÍDA

Nº 625090
SÉRIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3524 0211 2080 0800 0441 5500 1000 6250 9010 0110 1580

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

432580

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq de Terc

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240300000086 22/02/2024 16:42:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.570.117

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.208.096/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MAT REMEDIENTE DE CHARQUEADA (SMS)

CNPJ/CPF
51.821.279/0001-16

DATA DA EMISSÃO
22/02/2024

ENDEREÇO
R OSWALDO CRUZ, 70

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
13419-200

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
22/02/2024

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

FONE/FAX
19984811333

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA
22 FEV 2024

FATURA / DUPLICATA

001 2-02-2024 1.585,47

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.585,47	114,42	0,00	0,00	1.585,47

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.585,47

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
1-REMETENTE

CÓDIGO ANT.

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125761000121

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 206

MUNICÍPIO
SÃO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL
143029008119

QUANTIDADE 6

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO
13,00

PESO LÍQUIDO
14,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
3007	[illegible]	[illegible]	000	6102	PR	3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3449	[illegible]	[illegible]	000	6102	CX	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3029	[illegible]	[illegible]	000	6102	CX	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3150	[illegible]	[illegible]	000	6102	CX	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3409	[illegible]	[illegible]	000	6102	CX	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	000	6102	CX	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 22/02/24 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Encaminhe-se para pagamento conforme termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/24.

[illegible]

RECEBIMENTO DE NOTAS DE FORNECIMENTO RELACIONADAS NO CAMPO DA NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE

RECEBIMENTO DE NOTAS

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

26/02/24

Luciano Almeida

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

[illegible] Tiradentes Automóveis, 300 - Galpões 29 - Lotação Ranta - ARUJÁ, SP, CEP [illegible], Fone: 11-4654-1736

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº [illegible]
SÉRIE: 1
FOLHA: 2/3

CHAVE DE ACESSO
3524 0311 2060 8900 4441 5500 1000 0250 0010 0118 1500

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 Terc

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240386800006 22/02/2024 16:42:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.270.870.117

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.296.089/0004-41

DESTINATÁRIO/REMETENTE - NOME/RAZÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
14206	CLIP DE AÇO C.M 2000MM 100G, EL-FRANCE LT [illegible] (L) [illegible] (Fornecedor: 1894, Lote: [illegible], Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/-2023, Data Val: 31/10/2025)	[illegible]	900	5102	CX	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	17,42	0,00	18,00	0,00
12123	[illegible] (R/C) [illegible] 2X16MM LMS GAR - NORDCARN (MORF.341/M) LT [illegible] (2) [illegible] (Fornecedor: 2896, Lote: [illegible] 2, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/2023, Data Val: 28/02/2025)	[illegible]	900	5102	CX	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	27,42		12,00	

Em 22/02/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024, processo n.º 1681/2023 de 01/01/24. Priscila

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:38:32
[illegible] 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-1
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083882801893783179010900294660000019200
BENEFICIARIO:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 11.872.656/0001-10
BENEFICIARIO FINAL:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 11.872.656/0001-10
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 32.503
DATA DE VENCIMENTO 25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 25/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 192,00
VALOR COBRADO 192,00
==========
NR.AUTENTICACAO C.D73.B6D.73E.568.7CA
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços da Ouvidoria.

BANCO ITAU S/A [341-7] 34191.00008 38028.018927 82179.030006 2 96600000192000

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA	CNPJ/CPF 11.872.656/0002-00	Sacador Avalista	Vencimento 25/03/2024
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista R MANOEL GOMES DOS SANTOS,2921 GALJARDIM INDEPENDENCIA CRAVINHOS - SP 14.140-000			

Nosso Número	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Agência/Código Beneficiário
109/00000280-1	109	DM			8028/21790-3

Data do Documento	Número do Documento	Espécie do Documento	Aceite	Data Processamento	Valor do Documento
26/02/2024	77799 - 1		N	26/02/2024	192,00

Autenticação Mecânica

BANCO ITAU S/A [341-7] 34191.00008 38028.018927 82179.030006 2 96600000192000

Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ					Vencimento 25/03/2024
Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA			CNPJ/CPF 11.872.656/0002-00		Agência/Código Beneficiário 8028/21790-3
Data do Documento 26/02/2024	Número do Documento 77799 - 1	Esp.Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 26/02/2024	Nosso Número 109/00000280-1
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 192,00

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO

APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 3,84
APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R$ 0,38 POR DIA DE ATRASO

PROTESTAR APÓS 3 DIAS DE ATRASO
DEPÓSITO C/C SE NÃO AUTORIZADO, NÃO QUITA O DEBITO

(-) Desconto/Abatimento
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
R CRAVEIRO CRUZ,16
11.519-000-CHARQUEADA SP
Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

Em 26 / 02 /2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02 /2024, processo n.º 11681/2023 de 01 / 01 /2024 Paula

HDL LOGISTICA HOSPITALAR

DANFE

3924 0211 8726 5000 0300 5500 1000 0737 0911 1891 9286

CHAVE DE ACESSO

CONSULTA DE AUTENTICIDADE DO DANFE NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA

432 595

CONTA DE MENO ANO DE PERCIAL

13924021872650001-55

26/02/2024 10:38:29

27924121411-7

11.872.656/0001-55

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHAPECOENSE

51.871.278/0001-18

26/02/2024

R CONSELHO CRUZ Nº 70

CENTRO

89.815-000

CHAPECOENSE

SC

192,00

24,54

0,00

0,00

192,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

192,00

NOVAMERE ROTHMED, COM. PROD. LABORATIL, LIMPEZAS L

26.872.109/0001-41

R: MANGUEIRA N. PRIO SAL E OBIO 2

KIMBERLY PORTO

5,00

1890421

127,8000 KG

1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Em 26/02/2024 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Chapecó, nº 02/2024, processo nº 1168/2023 de 01/01/2024. Paulo

RECEBIDO AO PERITO MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

27/02/24

Tatiana Cerruda

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:38:32
166003664 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090300199000000328931731966600000046500
BENEFICIARIO:
SP RAD SERVICOS EM PROTECAO RA
NOME FANTASIA:
SP RAD SERVICOS EM PROTECAO RADIOLO
CNPJ: 18.758.233/0001-07
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 32.584
NOSSO NUMERO 3003199000000328933
CONVENIO 03001998
DATA DE VENCIMENTO 25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 25/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 465,00
VALOR COBRADO 465,00
==========
NR.AUTENTICACAO 8.888.488.329.1E0.FC8
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

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

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

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL 001-9 00190.00009 03001.998008 00028.293173 1 96680000046500

Nome do Pagador / Endereço
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
RUA OSVALDO CRUZ, 70
13515-000 CHARQUEADA SP

CNPJ: 51.421.279/0001-18

Data de Vencimento: 25/03/2024

Agência/Código do Beneficiário: 3062-7/109194-8

Nome do Beneficiário / Endereço
SP RAD SERVICOS EM PROTECAO RADIOLOGICA
R RUI BARBOSA 2455 - VILA COSTA DO SO
13566-360 SAO CARLOS SP

CNPJ: 18.738.232/0001-07

Nosso Número: 00030019980000028293

Valor do Documento: 468,00

Uso do Banco	Nº do documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	(=) Valor Pago
	8838	DS	N	08/03/2024	

Autenticação mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9 00190.00009 03001.998008 00028.293173 1 96680000046500

Local de Pagamento
Pagar preferencialmente nos canais de autoatendimento do Banco do Brasil.

Data de Vencimento: 25/03/2024

Nome do Beneficiário
SP RAD SERVICOS EM PROTECAO RADIOLOGICA

CNPJ: 18.738.232/0001-07

Agência/Código do Beneficiário: 3062-7/109194-8

Data do Documento	Nº do documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
08/03/2024	8838	DS	N	08/03/2024	00030019980000028293

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	17	R$			468,00

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

JUROS: 1% p/Dia Atraso REC.1% A PARTIR DE 26/03/24
MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 26/03/2024

ATENÇÃO - REF. MES 2328 - 2024
REGISTRAÇÃO JUNTO AO SERASA COM 30 DIAS DE ATRASO.

(-) Desconto/Abatimento: 0,00

(+) Acréscimos: 0,00

(=) Valor Cobrado: 468,00

Nome do Pagador / Endereço
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
RUA OSVALDO CRUZ, 70
13515-000 CHARQUEADA SP

CNPJ: 51.421.279/0001-18

Beneficiário Final

CPF / CNPJ

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

13273082TM

Nº Nota	2218
Série	3
Nº RPS	-
Data de Emissão	05/04/2024 - 12:19:00
Competência	03/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **SP RAD SERVIÇOS EM PROTEÇÃO RADIOLOGICA LTDA EPP**
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: **18.738.232/0001-07**
Endereço: **RUA RUI BARBOSA, 2495**
Complemento: **Não Informado**
Município: **SAO CARLOS**
E-mail: **FINANCEIRO@SPRAD.COM.BR**
Inc. Municipal: **64649**
Inc. Estadual:
Bairro: **VILA COSTA DO SOL**
UF: **SP**
CEP: **13.566-260**
País: **BRASIL**
Telefone: **1834153804**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA**
CNPJ/CPF: **51.421.279/0001-10**
Endereço: **RUA OSVALDO CRUZ, 70**
Complemento:
Município: **CHARQUEADA**
E-mail: **ADM@HMBC.ORG.BR**
Inc. Municipal:
Bairro: **CENTRO**
UF: **SP**
Inc. Estadual:
CEP: **13.515-000**
País: **BRASIL**
Telefone: **1931461333**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Orçamento 18 / 24

Controle de qualidade da imagem do equipamento de raio - x fixo.

Vencimentos:
1ª Parcela - Boleto nº 8836 - Vencimento 25/03/2024
2ª Parcela - Boleto nº 8837 - Vencimento 25/04/2024
3ª Parcela - Boleto nº 8838 - Vencimento 25/05/2024

Em 08/03/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo n.º 116/2023 de 01/01/2024. Paulo

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ATENÇÃO:
- Os boletos referentes a esta nota estão sujeitos a cobrança de juros e multa em caso de atraso de pagamento.
- Em caso de atraso de pagamento igual ou superior a 30 dias o boletos será encaminhado ao sistema de proteção ao crédito nacional.

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.395,00

Local de Prestação: **CHARQUEADA - SP**
Local de Incidência: **SAO CARLOS**

Cod. CNAE: 3312102 - Atv. Serviço: 14.01 - Manutenção e reparação de aparelhos e instrumentos de medida, teste e controle.

Valor do INSS Retido (R$)	Valor do IRRF Retido (R$)	Valor do CSLL Retido (R$)	Valor do PIS Retido (R$)	Valor do COFINS Retido (R$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Vlr Deduções (R$)	Outras Retenções (R$)	Base de Cálculo do ISS (R$)	Alíquota	Valor do ISS (R$)	Valor Líquido da Nota (R$)
0,00	0,00	1.395,00	4,86	67,80	1.395,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site, www.saocarlos.sp.gov.br/ RECEBEMOS DO(A) SP RAD SERVIÇOS EM PROTEÇÃO RADIOLOGICA LTDA EPPOS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Local _____ Data _____ Assinatura _____

Código de Verificação: **13273082TM**

Número da Nota: **2218**

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:30:32
346883668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M E CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090010903064092782178030000196560000130930
BENEFICIARIO:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 11.872.656/0001-10
BENEFICIARIO FINAL:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 11.872.656/0001-10
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 12.905
DATA DE VENCIMENTO 25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 25/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.309,30
VALOR COBRADO 1.309,30
==========
NR.AUTENTICACAO 7.6E6.1E2.F9D.1B8.EF8
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0500 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

RECIBO DO PAGADOR

BANCO ITAU S/A | **341-7** | 34191.09008 38030.648927 62179.030009 1 96660000130930

Beneficiário	CNPJ/CPF	Sacador Avalista	Vencimento
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA	11.872.656/0001-10		25/03/2024

Endereço Beneficiário/Sacador Avalista
AV INGLATERRA,40 TIBERY UBERLÂNDIA - MG 38.405-050

Nosso Número	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Agência/Código Beneficiário
109/00180306-4	109	DM			8826/21790-3

Data do Documento	Número do Documento	Espécie do Documento	Aceite	Data Processamento	Valor do Documento
26/02/2024	462755 - 1		N	26/02/2024	1.309,30

Autenticação Mecânica

BANCO ITAU S/A | **341-7** | 34191.09008 38030.648927 62179.030009 1 96660000130930

Local de Pagamento
ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ
APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ

Vencimento: 25/03/2024

Beneficiário	CNPJ/CPF	Agência/Código Beneficiário
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA	11.872.656/0001-10	8826/21790-3

Data do Documento	Número do Documento	Esp.Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
26/02/2024	462755 - 1	DM	N	26/02/2024	109/00180306-4

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	109	R$			1.309,30

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto,contate o BENEFICIÁRIO

APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 26,19
APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R$ 2,62 POR DIA DE ATRASO.

PROTESTAR APÓS 3 DIAS DE ATRASO
DEPÓSITO C/C SE NÃO AUTORIZADO, NÃO QUITA O DEBITO.

(-) Desconto/Abatimento
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENCIA PRANCHERENA
R CONRALDO DAUZ,79
75.915-000 CHAPADÃO DO SUL - MS
Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

HDL LOGISTICA HOSPITALAR

DANFE

3128 0211 8728 5800 0110 5500 1000 4827 5611 7828 3303

432689

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

27 / 02 / 24

Liana Arruda

Em 26 / 02 / 2024 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes desta Nota Fiscal/Fatura. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02 /2024, processo n.º 116/2023 01 / 01 / 2024. Vando

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:30:32
365B93660 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600101335331217729666000137000
BENEFICIARIO:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-01
PAGADOR:
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEA
CNPJ: 91.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO	22.506
NOSSO NUMERO	17115360001335312
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	25/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	1.370,00
VALOR COBRADO	1.370,00

NR.AUTENTICACAO A.240.367.CA3.B09.B08

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DO SACADO

26/03/2024	6119-8 / 306406-9	R$	
1.370,00			
	171153600013353 12		183283/01

HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

26/03/2024	6119-8 / 306406-9	R$	
1.370,00	171153600013353 12		

HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01335.312177 2 96660000137000

LOCAL DE PAGAMENTO: QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 26/03/2024

CEDENTE: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 57.729.178/0004-91

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 6119-8 / 306406-9

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
26/03/2024	183283/01	DM	N	26/03/2024	171153600013353 12

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			1.370,00

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2,0% A PARTIR DE 26/03/2024
JUROS DE MORA DE 2,0% MENSAL (R$ 27,40)

** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MORA / MULTA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

(=) VALOR COBRADO

SACADO
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 51.421.279/0001-18
RUA OSWALDO CRUZ,79
CHARQUEADA - SP - CEP: 13616-000

CÓDIGO DE BAIXA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01335.312177 2 96660000137000

LOCAL DE PAGAMENTO: QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 26/03/2024

CEDENTE: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 57.729.178/0004-91

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 6119-8 / 306406-9

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
26/03/2024	183283/01	DM	N	26/03/2024	171153600013353 12

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			1.370,00

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2,0% A PARTIR DE 26/03/2024
JUROS DE MORA DE 2,0% MENSAL (R$ 27,40)

** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MORA / MULTA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

(=) VALOR COBRADO

SACADO
HOSP.E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 51.421.279/0001-18
RUA OSWALDO CRUZ,79
CHARQUEADA - SP - CEP: 13616-000

CÓDIGO DE BAIXA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA | 1

Nº. 182838 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3524 0267 7291 7000 0491 5500 1001 8329 3812 5968 2290

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO (132 58)

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240413185797 26/02/2024 17:02:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 395060142110
INSCR. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO:
CNPJ: 67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSP E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA
CNPJ / CPF: 51.421.279/0001-18
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2024

ENDEREÇO: RUA OSWALDO CRUZ 70
BAIRRO / DISTRITO: SAO BENEDITO
CEP: 13515-000
DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 26/02/2024

MUNICÍPIO: CHARQUEADA
FONE / FAX: 1934861333
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
HORA DA SAÍDA:

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
182838/1	25/03/2024	1.370,00						

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
1.370,00	201,60	0,00	0,00	1.370,00

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	1.370,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
RIOCLARENSE PROPRIO JAG	9 - Por conta do emitente				67.729.178/0004-91

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
PC EMILIO MARCONATO 1000 GP22	JAGUARIUNA	SP	395060142110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,01299	4,054	4,054

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	AP	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Em 26 / 02 /2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02 /2024, processo nº 116.30/2023 de 01 / 01 /2024. Paulo

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
5505160029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCALIDADE: TIO PRADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APÓS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: [illegible] Pedido: [illegible] [illegible] *** O pagamento deverá ser realizado dentro do prazo acordado e pelo Banco, não nos sendo [illegible] ** AB. [illegible] ** ANV. CREDIT Validade: IMMEDIATA TIPO ENTREGA: EXPRESSA/Código Interno Endereço: [illegible] HOSP E MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA

RESERVADO AO FISCO

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
27/02/24
Lucas Queda

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.38.32
3668401668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
****
Convenio VIVO FIXO/BRASIL
Codigo de Barras 84660000001-4 10420082989-2
99353403881-1 01682097399-7
Data do pagamento 25/03/2024
Valor Total 310,42

DOCUMENTO: 032507
AUTENTICACAO SISBB: 4.90F.B07.D08.C7C.272

vivo

Telefônica Brasil S.A.

Código do cliente	8999 3534 9389 DV: 9
Nº do boleto	10948[illegible]
Data de vencimento	**25/03/2024**
Valor a pagar	**310,42**
Data de emissão	06/03/2024
Estado de instalação	São Paulo
Tipo de cliente	Não residencial
Número da fatura	1816820973-0
Mês de referência	Março/2024

CTCE BOSANTUAN SYSLAN

HSP E MATERNIDADE BENEF DE CHARQUEADA
R OSVALDO CRUZ 70
ETN CHARQUEADA
13515-000 CHARQUEADA SP

00 7129 7300 00000 0000000000 2 0 1853 34

Vencimento
25/03/2024

Seu Demonstrativo de Despesas

RESUMO	VALOR (R$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet + Serviços Digitais e Técnicos	
VIVO Internet # Mega Empresas [illegible]	189,99
Serviços Digitais	-
Telefone + Serviços Digitais e Técnicos	
Vivo Fixo Ilimitado Empresas BRASIL - Mensalidade Principal	60,00
Vivo Fixo Ilimitado Empresas BRASIL - Mensalidade Adicional	60,00
Total	**309,99**
Ligações	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Nacionais de Longa Distância	0,00
Ligações Locais para Celular (VC1)	0,00
Ligações Nacionais de Longa Distância para Celular (VC2/VC3)	0,00
Total	**0,00**
Cobrança Serviços Terceiros	
Prestadora Claro (103 21)	0,43
Total	**0,43**
TOTAL GERAL A PAGAR	**310,42**

Histórico de consumo

Total utilizado em min./seg. das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação	Janeiro	Fevereiro	Março
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Lig Nac Longa Distância	[illegible]	[illegible]	00:42
Lig Locais Celular (VC1)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Lig Nac LDN VC2/VC3	3:42	[illegible]	[illegible]

Vivo Vitrine
Aproveite os benefícios do Vivo Vitrine no App Vivo.

Para informações detalhadas da sua fatura acesse o aplicativo Vivo em: https://app.vivo/suafatura. O detalhamento também pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não. Caso ainda tenha dúvidas, ligue para nossa Central de Relacionamento no 103 15 ou acesse www.vivo.com.br/fale-conosco. Pessoas com necessidades especiais de fala e audição: 142.

Em 09/03/2024, recebi o confer as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo nº 1128/2023, de 01/01/2024 Paulo

Importante: Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão possível dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O reconhecimento por inadimplência é realizado em conformidade com as Resoluções Para ETFC artigo 32 da Resolução Anatel nº 632/2014, para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 8º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 e www.anatel.gov.br. Receita do atendimento (PIO): ligue sem o prefixo em mais para 10315, ou 142 para pessoas com necessidade específica de acessibilidade para fala com audição no acesso à Central de Intermediação em Libras disponível em nosso site.

(1)VC1 (1) / (1) Vivo Internet # Mega Empresas (189) (1) LDN Nacional Longa Distância para Celular (2) LDN Longa Distância Brasil Empresas

Telefone fixo

Autenticação Mecânica

vivo

Nome do Cliente		Data de vencimento	Valor a Pagar (R$)
HSP E MATERNIDADE BENEF DE CHARQUEADA		25/03/2024	310,42
Código do cliente	Código para Cadastramento de Débito Automático	Número da Fatura	
8999 3534 9389	899935349389-9	1816820973-0	

Pagar via Pix

84680000003 4 10420082085 2 89935349389 1 81682097389 7

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:30:32
3668003668 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M N CHABQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 28/03/2024
NR. DOCUMENTO 366.000.000.000.300
VALOR TOTAL 349,98
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: BELLA PLANTA SUPERMERCADO
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300-X
NR. DOCUMENTO 366.000.000.015.960
==========
NR.AUTENTICACAO 8.300.8A1.396.FB2.6B0

RECEBEMOS DE BELLA PLANTA SUPERMERCADOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 2497
SERIE: 1

Bella Planta

BELLA PLANTA SUPERMERCADOS LTDA
RUA SILVIO ZANONI, 339 CENTRO
CHARQUEADA - SP
CEP: 135115390
FONE: 15519980080

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1

Nº 2497
SÉRIE: 1
FOLHA: 1
FOLHA 1 DE 1

CHAVE DE ACESSO
35240237728936000143550011000002497110000025700

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 BASE EMISSAO DE REG. NA ECF

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240393995107 - 23/02/2024 11:16:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 266024043115
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.:
CNPJ / CPF: 37.728.936/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	23/02/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA / SAÍDA
RUA OSWALDO CRUZ, 70	BOA VISTA	13515000	23/02/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA / SAÍDA
CHARQUEADA	1934861333	SP		11:12

FATURA / DUPLICATA

VENCIMENTO(S): 24/03/2024 - 349,98

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
36,77	6,20	0,00	0,00	349,98

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	349,98

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	Sem Cobrança				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
100					

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESC.	VALOR TOTAL	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLCULO ICMS	BASE CÁLCULO ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RECEBI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
23/02/24

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 23/02/2024, recebi e confiro os materiais e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo nº 11691/2023 01/01/2024.

Emissão de comprovantes - 3o nível

03242814228064711
26/03/2024 14:30:33

```
28/03/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:30:32
366885668                                   0001
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4          CONTA:          15.960-3
=============================================
DATA DA TRANSFERENCIA                  25/03/2024
NR. DOCUMENTO                 366.880.000.000.319
VALOR TOTAL                                 543,02
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PANSERINI & P L EPP
AGENCIA: 3668-4          CONTA:             319-8
NR. DOCUMENTO                 366.880.000.015.960
=============================================
NR.AUTENTICACAO            C.430.978.8EF.834.941
```

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SUPER VARIÉDADE

Panserini

Panserini e Panserini Ltda

Rua Santa Cecília, 200 – Centro
13515-000 Charqueada - SP
(19) 3486-1348
panserini@hotmail.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA: 1

000.006.545
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3124 0257 9868 5000 0161 5500 1000 0065 4512 3774 5798

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda	135240393647930 23/02/2024 10:41:17

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
266.005.527.110		57.986.853/0001-61

DESTINATÁRIO

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA DA EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE DE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	23/02/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
RUA OSVALDO CRUZ, 70	SÃO BENEDITO	13515-000	23/02/2024

MUNICÍPIO	UF	FONE/FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
CHARQUEADA	SP	(19) 3486-1353		10:41:04

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
88,66	15,95	0,00	0,00	543,02

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	154,97	543,02

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
	9-Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	VALOR IPI
7896007671911	FILHA RAYOVAC AMARELA PM	85061010	000	5929	UN	1,00	10,99	54,95	54,95	9,89	18,00	21,25
7891098038153	CHA MATE LEAO NATURAL 16	09030090	060	5929	UN	4,00	3,59	14,36	0,00	0,00		3,38
7891098001797	CHA MATE LEAO HORTELA 150	12119090	060	5929	UN	4,00	3,59	14,36	0,00	0,00		4,61
7891048045138	PUDIM DR. OETKER CHOCOLAT	21069021	060	5929	UN	4,00	3,29	13,16	0,00	0,00		4,22
7891048045131	PUDIM DR. OETKER BAUNILHA	21069021	060	5929	UN	4,00	3,29	13,16	0,00	0,00		4,22
7891048045145	PUDIM DR. OETKER COCO 95	21069021	060	5929	UN	4,00	3,29	13,16	0,00	0,00		4,22
7896007455655	BISC. MABEL AGUA A SAL 50	19053100	060	5929	UN	15,00	5,76	86,70	0,00	0,00		22,83
860	CHEIRO VERDE	07099990	060	5929	UN	4,00	2,99	11,96	0,00	0,00		5,15
112	ALFACE	07051100	060	5929	UN	10,00	2,99	29,90	0,00	0,00		7,87
871	COUVE FOLHA	07049000	060	5929	UN	4,00	3,99	15,96	0,00	0,00		4,20
7896007455655	BISC. MABEL LAMBIADO MAIZ	19053100	060	5929	UN	15,00	5,76	86,70	10,71	6,06	18,00	22,83
808	CHUCHU	07099990	060	5929	KG	4,02	7,99	24,08	0,00	0,00		6,34
811	BATATA	07019000	060	5929	KG	4,02	7,99	32,12	0,00	0,00		8,46
815	BERINJELA	07099990	060	5929	KG	1,19	2,99	3,54	0,00	0,00		2,31
802	CEBOLA	07031019	060	5929	KG	4,10	5,49	22,51	0,00	0,00		5,93
806	PEPINO	07070000	060	5929	KG	2,02	3,99	8,06	0,00	0,00		2,12
857	REPOLHO	07049000	060	5929	KG	3,32	3,97	13,18	0,00	0,00		3,47
803	TOMATE	07020000	060	5929	KG	4,01	4,78	19,17	0,00	0,00		5,05
804	BANANA NANICA	08039000	060	5929	KG	1,50	4,68	7,02	0,00	0,00		2,25
805	LARANJA PERA	08051000	060	5929	KG	1,08	4,49	4,85	0,00	0,00		1,56
823	MELANCIA	08071100	060	5929	KG	4,25	3,99	15,96	0,00	0,00		4,90
813	MAÇÃ NACIONAL	08081000	060	5929	KG	1,06	8,97	9,51	0,00	0,00		3,05
807	CENOURA	07061000	060	5929	KG	4,04	5,78	23,35	0,00	0,00		6,15

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

23/02/24

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RECEBIMENTO
Venda efetuada através do cupom fiscal de número 2[illegible]4 emitido 23/02/[illegible] Devido Ao igual de impostos está resultando [illegible] Thiago M. Zanetta NF-e 000 [illegible]	23/02/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 21/01/2024

panserini@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE Panserini e Panserini Ltda CONFERIR O DOCUMENTO DE CONTROLE DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 000.006.545, SÉRIE 1, EMISSÃO: 23/02/2024, VALOR TOTAL: 543,02, DESTINATÁRIO: HOSPITAL E MATERNIDADE DE CHARQUEADA - RUA OSVALDO CRUZ, 70, SÃO BENEDITO, 13515-000, CHARQUEADA-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
000.006.545
SÉRIE 1

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:38:32
360005608 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M S CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-1
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000037715279301842796470000301831
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQ
CNPJ: 51.421.279/0001-10

NR. DOCUMENTO 31.601
DATA DE VENCIMENTO 26/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 26/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 2.058,53
VALOR COBRADO 2.058,53
==========
NR.AUTENTICACAO F.E40.641.407.419.1D7
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de
produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais
habituais agência, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartas,
outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Santander | 033-7 | **Recibo do Pagador**

Beneficiário: 60.889.128/0001-60 - BANCO SOFISA S.A.

Endereço do Beneficiário: Al.Santos 1498 Campo Belo 01419-100 SAO PAULO/SP

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
27/02/2024	8627192U	02	NAO	29/02/2024	000003715278-5

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Vencimento: 26/03/2024

Ponto Venda/Cod. Beneficiário: 03889 4945013

(=) Valor do Documento: 2.959,51

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 3,43 AO DIA, A PARTIR DE 27/03/2024.

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
RUA: OSWALDO CRUZ, N 70.
CENTRO 13.517-032 CHARQUEADA /SP
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-19

Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
RUA PROJETADA,S/N /TAIM 37.800-000 CAMBUI/MG
CNPJ/CPF: 11.206.099/0001-07

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | **Ficha de Caixa**

Beneficiário: 60.889.128/0001-60 - BANCO SOFISA S.A.

Ponto Venda/Cod. Beneficiário: 03889 4945013

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
27/02/2024	8627192U	02	NAO	29/02/2024	000003715278-5

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Vencimento: 26/03/2024

(=) Valor do Documento: 2.959,51

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 3,43 AO DIA, A PARTIR DE 27/03/2024.

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | 03399.48457 01300.000377 15278.501042 7 96670000205851

Local de Pagamento: PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA SANTANDER

Beneficiário: 60.889.128/0001-60 - BANCO SOFISA S.A.

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
27/02/2024	8627192U	02	NAO	29/02/2024	000003715278-5

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Vencimento: 26/03/2024

Ponto Venda/Cod. Beneficiário: 03889 4945013

(=) Valor do Documento: 2.959,51

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 3,43 AO DIA, A PARTIR DE 27/03/2024.

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
RUA: OSWALDO CRUZ, N 70.
CENTRO 13.517-032 CHARQUEADA /SP
CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-19

Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ/CPF: 11.206.099/0001-07

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tiradentes Automóveis, 300 - Bairro 25 - Laranja Azeda - ARUJÁ, SP. CEP 07400000. Fone 11-4614-1766

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA: 1

Nº. 027192
SÉRIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3524 0211 2000 8906 0441 5500 1000 0271 9215 0035 8209

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

483743

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de Merc.Adq.de Terc

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135246022725554 27/02/2024 19:14:50

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 198.270.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:

CNPJ: 11.206.209/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MAT BENEFICIENTE DE CHARQUEADA OSFU

CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-16

DATA DA EMISSÃO: 27/02/2024

ENDEREÇO: R OSWALDO CRUZ, 78

BAIRRO/DISTRITO: CENTRO

CEP: 13615-105

DATA DA ENTRADA/SAÍDA:

MUNICÍPIO: CHARQUEADA

FONE/FAX: (19)98181003

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

HORA DA SAÍDA: 28/FEV 2024

Em 27/02/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Fatura. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo nº 115/2023 de 01/02/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.059,11	247,14		0,00	2.059,11

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.059,11

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: JUNA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA

FRETE POR CONTA: 1-CIF DESTINATÁRIO

CÓDIGO ANTT:

PLACA DO VEÍCULO:

UF:

CNPJ/CPF: 01125797000753

ENDEREÇO: RUA SALVADOR RODRIGUES RIVADO, 200

MUNICÍPIO: SÃO PAULO

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 149020968118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
17	CAIXA			64,34	64,34

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNIT.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	% ICMS	% IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	PC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DADOS ADICIONAIS

[illegible]

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

2/3/24

Roberta Arruda

[illegible]

RELACIONADO AO CARTÓRIO DE NOTAS RELIS NO CONHECIMENTO DE [illegible]

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tower Automotiva, 386 - Galpão 36 - Caraiba Aeroporto - ARUJÁ, SP. CEP 07436-000, Fone:11-4634-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA: 1

Nº. 027192
SÉRIE: 1
FOLHA: 2/2

CHAVE DE ACESSO
3524 0211 2586 9000 0441 5500 1000 0271 9218 0036 5009

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 Terc.

433743

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
132240422728694 27/02/2024 18:14:50

INSCRIÇÃO ESTADUAL
586.275.975.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.090/0024-47

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNIT.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	% ICMS	% IPI
27523	[illegible]	40101003	004	6102	CX	1	[illegible]	50,00	50,00	15,54	2,00	18,00	5,00
12487	[illegible]	30171100	004	5405	PCT	30	[illegible]	324,70	327,00	58,91	4,25	18,00	1,30
27294	[illegible]	40151300	004	6102	CX	1	[illegible]	399,00	399,00	71,82	2,24	18,00	0,00
12477	[illegible]	30000000	004	6102	CX	2	[illegible]	83,00	83,00	14,94		18,00	
27040	[illegible]	30000000	004	6102	PCT	2	[illegible]	47,00	47,00	8,46	2,00	18,00	0,00
30187	[illegible]	40151119	004	6102	CX	2	[illegible]	183,21	183,21	32,98		18,00	
30098	[illegible]	30171100	004	6102	CX	2	[illegible]	34,00	34,00	11,90		12,00	
26380	[illegible]	34011100	000	6102	UND	1	[illegible]	85,00	85,00	11,70		18,00	
12527	[illegible]	40151111	000	6102	CX	1	[illegible]	17,00	17,00	3,06	0,00	18,00	0,00

Em 27/02/2024 recebi a conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Cabreúva, n.º 02/2024, processo n.º 11.654/2023, de 01/01/2024.

26/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:30:32
SUERNSGGA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03390484570120000037715279301844206670000057539
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.000/0001-07
PAGADOR:
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQ
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 32.602
DATA DE VENCIMENTO 26/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 26/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 575,39
VALOR COBRADO 575,39
==========
NR.AUTENTICACAO F.BCC.BC9.B82.2F7.188
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de
produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais
habituais agência, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento à Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão,
outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Santander | 033-7 | **Recibo do Pagador**

Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.
Endereço do Beneficiário: Al.Santos 1406 Cerqueira Cesar 01419-100 SAO PAULO/SP

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento
27/02/2024	8758320U	02	NAO	29/02/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 0,85 AO DIA, A PARTIR DE 27/03/2024.

Vencimento: 26/03/2024
Posto Venda/Mant. Beneficiário: 03889 4845013
Nosso Número: 000003715279-3
(=) Valor do Documento: 575,39
(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
RUA: OSWALDO CRUZ, N 70.
CENTRO 13.517-032 CHARQUEADA /SP
Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE CNPJ/CPF: 11.206.099/0001-07
RUA PROJETADA,S/N ITAIM 37.600-000 CAMBUI/MG

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | **Ficha de Caixa**

Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A. Posto Venda/Mant. Beneficiário: 03889 4845013

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento
27/02/2024	8758320U	02	NAO	29/02/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 0,85 AO DIA, A PARTIR DE 27/03/2024.

Vencimento: 26/03/2024
Nosso Número: 000003715279-3
(=) Valor do Documento: 575,39
(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | 03399.48457 01300.000377 15279.301046 2 96670000057539

Local de Pagamento: PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA SANTANDER
Beneficiário: 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento
27/02/2024	8758320U	02	NAO	29/02/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	104	REAL		

Informações de responsabilidade do beneficiário:
MORA DE 0,85 AO DIA, A PARTIR DE 27/03/2024.

Vencimento: 26/03/2024
Posto Venda/Mant. Beneficiário: 03889 4845013
Nosso Número: 000003715279-3
(=) Valor do Documento: 575,39
(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
RUA: OSWALDO CRUZ, N 70.
CENTRO 13.517-032 CHARQUEADA /SP
Beneficiário Final: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE CNPJ/CPF: 11.206.099/0001-07

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Rua Projetada, s/n - Sem - CASBUL, MG, CEP:39800000, Fone:(-4834-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA: 1

Nº 758120
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
2724 0211 2090 9600 0107 5500 1000 7583 2010 0048 4429

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 a não contribuinte

432709

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131243835533402 27/02/2024 08:36:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480096

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
013.030.011.110

CNPJ
11.206.030/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MAT BENEFICIENTE DE CHARQUEADA (BMH)

CNPJ/CPF
01.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO
27/02/2024

ENDEREÇO
R OSWALDO CRUZ, 70

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
13815-000

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
27/02/2024

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

FONE/FAX
1934861333

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 28/03/2024 575,39

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
575,39	69,05	0,00	0,00	575,39

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	575,39

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - CIF EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01.125.787/000140

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 8700

MUNICÍPIO
PORTO ALEGRE

UF
RS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
0290000840008

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO
3,75

PESO LÍQUIDO
3,75

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

ITEM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	% ICMS	% IPI
01	CURATIVO PARA FERIDAS STERIL TRIANG 3ML-COMPRESSA 5X7 23141134 (1) 10/2025 (Fornecedor: 2347, Lote: 23141134, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2023, Data Val: 31/10/2025)	30049002	000	6108	CX	1	104,3600	104,36	104,36	12,53	0,00	12,00	0,00
01.000	CURATIVO SOB TRIANG INC. DEP. -SUPERTEX 5X 20743723 (6) 11/2025 (Fornecedor: 551, Lote: 20743723, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 30/11/2025)	30059090	000	6108	CX	6	78,4000	470,40	470,40	56,45		12,00	

Em 27 / 02 /2024 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02 /2024, processo n.º 1468/2025 de 01 / 01 /2024

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
9002231 ;;
Valor da parcela para TF de Gestão: R$ 34,52
Pedido: 726823
Operação contratada na modalidade não presencial - 2-PED-PE Nº: 43.000033323-46
Dúvas de Tributação: (11)5584-2699 / 5584-1473 / 4834-1472
CASO SEJA INCONFORMITADE DA MERCADORIA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS AO NÚMERO (11) 4834-1701
Nota.....: 6 Volumes: 0,01

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

281 a 124

Bruno Ansola

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:38:32
[illegible] 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.960-3
==========
BCO BRADESCO S.A.

[illegible]
BENEFICIARIO:
CARNES PIRACICABA
NOME FANTASIA:
CARNES PIRACICABA
CNPJ: 11.229.882/0001-67
BENEFICIARIO FINAL:
CARNES PIRACICABA
CNPJ: 11.229.882/0001-67
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 32.701
DATA DE VENCIMENTO 27/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 27/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 4.496,89
VALOR COBRADO 4.496,89
==========
NR.AUTENTICACAO 8.C48.888.2A6.FD6.829
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

PIRACICABA CARNES E DERIVADOS LTDA - CNPJ: 11.229.082/0001-67
RUA KINITI MORI 110
CEP: 13413-089, DIST. INDUSTRIAL UNINORTE, PIRACICABA - SP

Data do Documento	Consultoria	Valor do Documento	Vencimento	Número do Documento
06/03/2024		R$ 4.496,89	27/03/2024	437966-1

Pagador: **HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA**
R OSWALDO CRUZ 70
CEP: 13515000, CENTRO, CHARQUEADA - SP

Código de Baixa: 09/13418540235-4

Informações do Pagador
[illegible]

Bradesco 237-2 Recibo do Pagador

Local de Pagamento: Pagável em qualquer Banco

Vencimento: 27/03/2024

Beneficiário: PIRACICABA CARNES E DERIVADOS LTDA - CNPJ: 11.229.082/0001-67
RUA KINITI MORI 110 CEP: 13413-089 DIST. INDUSTRIAL UNINORTE, PIRACICABA SP

Nosso Número: 09/13418540235-4

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA CNPJ: 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ 70 CEP: 13515000, CENTRO, CHARQUEADA SP

Valor do Documento: 4.496,89

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Carteira	Agência / Código Beneficiário
06/03/2024	437966-1	DM	09	2209-8/0037735-0

Autenticação Mecânica

(-) Desconto / Abatimento

(+) Mora / Multa / Juros

(=) Valor Cobrado

Bradesco 237-2 23792.20904 91341.854023 35003.773500 6 96680000449689

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco

Vencimento: 27/03/2024

Beneficiário: PIRACICABA CARNES E DERIVADOS LTDA - CNPJ: 11.229.082/0001-67
RUA KINITI MORI 110 CEP: 13413-089, DIST. INDUSTRIAL UNINORTE, PIRACICABA SP

Agência / Código Cedente: 2209-8/0037735-0

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
06/03/2024	437966-1	DM	N	06/03/2024

Nosso Número: 09/13418540235-4

Uso do Banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
			R$		

(=) Valor do Documento: 4.496,89

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)
Título deve ser cobrado após 1 dias corrido do vencimento. Pagar somente [illegible] do boleto. não realizar transferências sem a prévia autorização do Cedente. Qualquer dúvida entrar em contato - 19.3417.0260.
Cobrar juros de R$ 1,50 por dia de atraso para pagamento após o vencimento.
Cobrar Multa de R$19,81 para pagamento após o vencimento.

(-) Desconto / Abatimento

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
R OSWALDO CRUZ 70
CEP: 13515000, CENTRO, CHARQUEADA SP

CPF / CNPJ: 51.421.279/0001-18

Beneficiário Final

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Recebemos de PIRACICABA CARNES E DERIVADOS LTDA os produtos constantes da nota fiscal discriminada ao lado

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO / REMETENTE HOSPITAL DE CHARQUEADA VALOR TOTAL DA NOTA	**DANFE** **Nº 437.966** SÉRIE: 1
07.03.24	Claudenir dos Santos		

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PIRACICABA CARNES E DERIVADOS LTDA

RUA KINITI MORI, 110 DIST. INDUSTRIAL
UNIMORTE PIRACICABA/SP CEP:13413-000
Fone/(19)3917-0260

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1

Nº 437.966
SÉRIE 1
Página 1 / 1

CHAVE DE ACESSO DA NF-e
3524 0311 2290 8200 0167 5500 1000 4379 6610 6180 9505

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240486178366

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 535469871112
INSCR.ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:
CNPJ: 11.229.082/0001-67

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA DA EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	06/03/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
R CONSALDO CRUZ, 70	CENTRO	13515-000	07/03/2024

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE EMISSÃO
CHARQUEADA	19 3486 1233	SP		17:23

FATURA

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
437.966-01	27/03/2024	4.496,89						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
348,84	62,79	0,00	0,00	4.496,89

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.496,89

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO/REBOQUE	UF	CNPJ
PIRACICABA CARNES E DERIVADOS LTDA	Remetente				11229082000167

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCR. ESTADUAL
RUA KINITI MORI, 110	PIRACICABA	SP	535469871112

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1			0	250,54	250,54

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	V.UN.PROT.	V.BC.ICMS	V.ICMS	V.BC.ICMS ST	V.ICMS ST	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
	PICANHA TIRAS CONGELADO	02023000	000	5101	KG	60,000	21,9000	1.314,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	PICANHA MEIO CONGELADO	02023000	000	5101	KG	60,000	19,9000	1.194,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	LINGUIÇA SUBRECOTTA (PACOTES)	02071400	000	5102	KG	60,540	7,2000	435,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	SASSAMI (PACOTES)	02071400	000	5102	KG	40,000	16,4000	656,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	FILETE DE MERLUZA (PCT 2KG)	03047900	000	5102	KG	30,000	29,8000	893,00	348,84	62,79	0,00	18,00	0,00

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
06/03/24
[signature]

Em 06/03/2024, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo nº 116/2023 de 01/01/2024.

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
FORMA DE PAGAMENTO: 21 DIAS
Valor Aproximado dos Tributos: R$ 483,64 (13,25%) Fonte: IBPT
SOMT CANDIDA HOSPITAL DE CHARQUEADA

RESERVADO AO FISCO

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:38:32
366003668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHAQUERDA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.940-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191000002640550065393007000129668000000862 08

BENEFICIARIO:
ATIVA COML HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
ATIVA COML HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
BENEFICIARIO FINAL:
ATIVA COML HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 51.421.279/0001-10

NR. DOCUMENTO	51.782
DATA DE VENCIMENTO	27/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	27/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	862,88
VALOR COBRADO	862,88

NR.AUTENTICACAO 9.804.310.BCB.7C1.128

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Banco Itaú S.A.

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário	Agência/Código Beneficiário	Data do Documento	Vencimento
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	0865/19280-7	26/02/2024	27/03/2024
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (1323) R CONSELHEIRO CRUZ (19) - CENTRO 13515-000 - CHARQUEADA/SP	Nosso Número 17/00445	Nosso Número 00000445	Valor do Documento 862,88

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A. | **341-0** | 34191.09008 02640.550865 53928.070001 2 96680000086288

Local de Pagamento					Vencimento 27/03/2024
Beneficiário ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA - 04.374.988/0001-38					Agência/Código Beneficiário 0865/19280-7
Endereço RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-600-RIBEIRAO PRETO-SP					
Data do Documento 26/02/2024	Nº do Documento 11/00445	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 26/02/2024	Carteira/Nosso Número [illegible]
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie Moeda R$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 862,88

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO ATRASO COBRAR JUROS DE 0,033% AO DIA
PGTO ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 17,24
PROTESTAR 2 DIAS APÓS VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (1323)
R CONSELHEIRO CRUZ (19) - CENTRO
13515-000 - CHARQUEADA/SP
CNPJ 27.211.179/0001-13

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITÁ, 700
SANTA CRUZ DO JOSÉ JACQUES - [illegible]
RIBEIRÃO PRETO - SP Fone/Fax: [illegible]

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.113.864
Série 001
Folha 1 / 1

Chave de acesso
5524 0204 7749 8000 0120 5500 1000 1138 6410 2226 1243

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 432580

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135240413306501 - 26/02/2024 17:14:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 382596876113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO:

CNPJ: 04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHAROQUEADA
CNPJ: 51.421.279/0001-18
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2024

ENDEREÇO: R OSWALDO CRUZ, 070
BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
CEP: 13515-000

MUNICÍPIO: CHAROQUEADA
UF: SP
FONE/FAX: 1934861296

FATURA HOSPITALAR

Nº	301
Data	27/02/2024
Hora	10:00:28

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo ICMS ST	Valor do ICMS ST	Valor Total dos Produtos	Valor do Frete	Valor do Seguro
739,88	123,69	0,00	0,00	0,00	0,00	862,88

Desconto	Outras Despesas Acessórias	Valor do IPI	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	862,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: FSN TRANSPORTES E SERVIÇOS LTDA
FRETE POR CONTA: 0-Remetente
CNPJ: 12.270.745/0004-00
ENDEREÇO: RODOVIA DO CAFÉ (BR 070) 7200 CAPELA SANTA CRUZ
MUNICÍPIO: SUMARÉ
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 671495000114

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido
4	Volumes			7,350	7,350

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

Código do Produto	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Valor do Desconto	Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do IPI	Alíquota ICMS	Alíquota IPI
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Em 26/02/2024 [illegible] conforme [illegible] nº [illegible] constante [illegible] para [illegible] contrato com a Prefeitura Municipal de Charqueada nº 06/2024, processo nº 1160/2023 01/01/2024 Paula

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

[illegible]

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
26/02/024
Lucio Aluda

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:14:06
366863668 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-6 CONTA: 15.968-1
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 28/03/2024
NR. DOCUMENTO 553.668.000.011.486
VALOR TOTAL 1.550,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EDMARIO MARCOLINO DO PRAD
AGENCIA: 3668-6 CONTA: 11.486-3
NR. DOCUMENTO 553.668.000.015.960
==========
NR.AUTENTICACAO 8.C3C.E2C.D6C.784.17E

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35170622208101580001930000000000001124039771975851

Número da NFS-e 11	**Competência da NFS-e** 30/03/2024	**Data e Hora da emissão da NFS-e** 26/03/2024 07:51:09	
Número da DPS 18	**Série da DPS** 900	**Data e Hora da emissão da DPS** 26/03/2024 07:51:09	

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

EMITENTE DA NFS-e

Prestador de Serviço	**CNPJ / CPF / NIF** 29.510.158/0001-89	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** (16) 9613-2791
Nome / Nome Empresarial 29.510.158 EDMARIO MARCOLINO DO PRADO		**E-mail** EDMARIOPRADO1@GMAIL.COM	
Endereço JOAO SCHMIDT, 61		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13517-408
Simples Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		**Regime de Apuração Tributária pelo SN** -	

TOMADOR DO SERVIÇO

	CNPJ / CPF / NIF 51.421.279/0001-18	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** -
Nome / Nome Empresarial HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		**E-mail** -	
Endereço R OSWALDO CRUZ, 79		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13517-032

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 07.02.02 - Execução, por empreitada ou subempreitada, de obras de co...	**Código de Tributação Municipal** -	**Local da Prestação** Charqueada - SP	**País da Prestação** -

Descrição do Serviço
Prestação de serviços de manutenção no mês de MARÇO DE 2024.

Conta para depósito: Agência: 3998-4 C/C: 11.485-3

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	**País Resultado da Prestação do Serviço** -	**Município de Incidência do ISSQN** Charqueada - SP	**Regime Especial de Tributação** Nenhum
Tipo de Imunidade -	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN** Não	**Número Processo Suspensão** -	**Benefício Municipal** -
Valor do Serviço R$ 1.550,00	**Desconto Incondicionado** -	**Total Deduções/Reduções** -	**Cálculo do BM** -
BC ISSQN -	**Alíquota Aplicada** -	**Retenção do ISSQN** Não Retido	**ISSQN Apurado** -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	**CP** -	**CSLL** -	
PIS -	**COFINS** -	**Retenção do PIS/COFINS** -	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL** -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R$ 1.550,00	**Desconto Condicionado** R$	**Desconto Incondicionado** R$	**ISSQN Retido** -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R$ 0,00	**PIS/COFINS Retidos** -		**Valor Líquido da NFS-e** R$ 1.550,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 26/03/24, recebi a nota/ou mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Fatura, que deverá ter pago com o crédito de competência firmado com a Fortuna Ministerial de Charqueada nº 02/2024, processo nº 11681/2023 de 01/01/24 Priscila

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:14:06
306803660 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 28/03/2024
NR. DOCUMENTO 553.668.000.106.889
VALOR TOTAL 5.342,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CRESPILHO CONTABILIDADE E
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 106.889-X
NR. DOCUMENTO 553.668.000.015.968
==========
NR.AUTENTICACAO 4.380.761.285.958.710

Transação efetuada com sucesso por: JF303156 ROSEMARY DOS SANTOS ROSA[illegible]

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

CRESPILHO CONTABILIDADE EMPRESARIAL EIRELI
RUA 1° DE MAIO, 165
CEP: 13515-120 - Bairro: CENTRO
Município: Charqueada - SP
E-mail: escritoriobrasilfiscal@yahoo.com.br
Fone: (19) 3486-1384

CNPJ / CPF 13.406.085/0001-12 | **Inscrição Estadual** **** | **Inscrição Municipal** 222211

Número da NFS-e: **202400000002783**

Data do Serviço: **26/03/2024**

Código Verificador: **15c506139**

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CHARQUEADA/SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (19) 3189-9000 - 186.250.144.154:49392/NFSe.Portal

Dt. da Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
26/03/2024	Exigível	Charqueada/SP

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Endereço: RUA OSWALDO CRUZ,70
Cidade: Charqueada | UF: SP | Fone: (19) 3486-1333 | CEP: 13617-032
Bairro: BAO BENEDITO
CNPJ / CPF / NIF: 51.421.279/0001-18 | Inscrição Municipal: 052/74 | Inscrição Estadual: 0
E-mail: escritoriobrasilfiscal@yahoo.com.br

Município da Prestação do Serviço: Charqueada/SP

Em 26/03/24 conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada n.º 02/2024, processo n.º 1681/2023 de 01/01/24 [illegible]

INTERMEDIARIO DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: **** | CNPJ / CPF: **** | Inscrição Municipal: ****
E-mail: | Fone: | CCMM: *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SERVIÇOS CONTÁBEIS PRESTADOS REF.03/2024 Dados para Deposito Banco do Brasil Ag: 3569-4 C/C 10.8889-X. Alíquota Efetiva: 2,5874332178%	3.342,00	2,59	86,47	Não

Código do Serviço: 17.19 - Contabilidade, inclusive serviços técnicos e auxiliares
Código NBS: *******

IRRF	CSRF	CSRF Retido	ISS	CP	PIS	PIS/PASEP	PIS/PASEP Retido
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Deduções SIGISS Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo SIGISS Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Deduções Construção
3.342,00	86,47	0,00	0,00	86,47	0,00

Valor Total da NFS-e	3.342,00	Valor Líquido da NFS-e	3.342,00

Informações Adicionais
NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI
Lei 12741/2012: Mun: R$130,70; Est: R$0,00; Fed: R$448,50; Total Aprox: R$579,20; Fonte: IBPT.

Consulta realizada em 26/03/2024 às 12:40:40
Para consultar a autenticidade acesse: 186.250.144.154:49392/NFSe.Portal

2024000000027831 5c506139 1 3 4 3 6 8 5 5 0 0 1 1 2

Recebi(emos) de CRESPILHO CONTABILIDADE EMPRESARIAL EIRELI os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

__/__/__ Data | Identificação e assinatura do recebedor

Número da NFS-e: 202400000002783
Competência: 26/03/2024
NFS-e: 15c506139

Número de Controle do Município:

Consulta realizada em 26/03/2024 às 12:40:40
Para consultar a autenticidade acesse: 186.250.144.154:49392/NFSe.Portal

28/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:38:32
344987442 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M S CHARQUEADA
AGENCIA: 3688-4 CONTA: 15.940-3
****
BCO CITIBANK S.A.
****
74593180158756302800600035414739796800000179250
BENEFICIARIO:
AIR LIQUIDE BRASIL L
NOME FANTASIA:
AIR LIQUIDE BRASIL L
CNPJ: 00.331.788/0001-19
BENEFICIARIO FINAL:
AIR LIQUIDE BRASIL L
CNPJ: 00.331.788/0001-19
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE
CNPJ: 91.421.278/0001-18
****
NR. DOCUMENTO 32.801
DATA DE VENCIMENTO 28/03/2024
DATA DO PAGAMENTO 28/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.792,58
VALOR COBRADO 1.792,58
****
NR.AUTENTICACAO 5.A15.98F.848.57C.E87
****
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5078
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações,cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

citi | 745-5

Recibo do Sacado/Pagador

Local de Pagamento

Cedente/Beneficiário

Data Documento	No Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]		

Instruções (texto de responsabilidade do cedente/beneficiário)

[illegible]

Vencimento

Cedente/Beneficiário Agência/Código

Nosso Número

(=) Valor do Documento

(-) Desconto

(-) Outras deduções/Abatimentos

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Sacado/Pagador

Beneficiário Final

Autenticação mecânica

---

citi | 745-5 | 74593.18015 07562.028006 00035.414739 7 98690000179250

Local de Pagamento

Cedente/Beneficiário

Data Documento	No Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]		

Instruções (texto de responsabilidade do cedente/beneficiário)

[illegible]

Vencimento

Cedente/Beneficiário Agência/Código

Nosso Número

(=) Valor do Documento

(-) Desconto

(-) Outras deduções/Abatimentos

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Sacado/Pagador

Beneficiário Final

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Identificação do emitente

AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

Nº. 000174879
SÉRIE: 200
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3524 0200 3117 0000 1663 5550 0000 3746 7911 9984 3943

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 MERC. ADQUIRIDA TERC

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135240000[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ/CPF
[illegible]

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL FAC. UNIVERSIDADE REGIONAL DE CHAPECÓ

CNPJ/CPF
[illegible]

DATA DE EMISSÃO
[illegible]

ENDEREÇO
R. [illegible]

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
[illegible]

DATA DA 1ª SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO
CHAPECÓ

FONE/FAX
[illegible]

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA 1ª SAÍDA/ENTRADA

FATURA

DUP
[illegible]

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	[illegible]

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	[illegible]

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
TRANSPORTADORA INTERMUNICIPAL LTDA

FRETE POR CONTA
1-REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
[illegible]

ENDEREÇO
R. [illegible]

MUNICÍPIO
[illegible]

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
12	CILINDROS	[illegible]		[illegible]	[illegible]

DADOS DO PRODUTO - SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VLR UNIT.	VLR TOTAL	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
[illegible]	EMC: [illegible] PRAZO: [illegible] ENDERÇO: [illegible] LOTE: [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	[illegible]	[illegible]

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CLIENTE/NOTA FISCAL: [illegible]
Pedido: [illegible]
Nº Viagem: [illegible] Data/Hora: [illegible] - Lote: [illegible] / [illegible] / Nº de Carga: [illegible]
Data/Hora: [illegible] Data de Saída da Carga: [illegible] Forma de pagamento: Boleto
Mercadoria sem serviços em dia 2 (dias úteis para seu controle) sdm@linde.com.br
Condições de Pagamento: 77 - [illegible] DA DATA - Rua Barra Funda, [illegible] - Barra Funda - São Paulo - SP, [illegible] - Telefone Pessoal: [illegible] CÓDIGO DO CLIENTE:
PRÓXIMO Planejamento/Agendamento: conforme seu pedido na Portaria CAT 127/2011 Art. 4-A do RICMS/SP - [illegible] conforme Art. 7-[illegible] da Portaria CAT 127/2011 | MUDANÇA DA RESPONSABILIDADE: _____ DATA: NÃO QUEIMA PRODUTOS PERIGOSOS TEM AMÔNIA ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS E DESTINADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DA OPERAÇÃO DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGÊNCIAS DA REGULAMENTAÇÃO EMBOLDIADA PELA ANTT. ALERTAMOS QUE DE

RESERVADO AO FISCO

Em 22/03/2024 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Chapecó, n.º 02/2024, processo n.º 11681/2023 de 01/01/2024.

Identificação do emitente
AIR LIQUIDE BRASIL LTDA

[illegible]

DANFE

[illegible]
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
N. 000274679
SÉRIE 200
FOLHA 0202

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3524 0200 3317 8000 1603 5520 0000 2746 7911 9984 3943

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 MERC. ADQ. REC. TER

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIB.

CNPJ/CPF
[illegible]

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

FORNECIMENTO DE GASES PRESSURIZADOS CEDIDOS AOS NOSSOS CLIENTES E REVENDEDORES
DESTINADOS DE EXCLUSIVO AMBIENTE AO ACONDICIONAMENTO DOS GASES POR SUA FORMULAÇÃO E
NÃO POSSUI ACIONAMENTO DE CONDUTORES SEREM PROCIONADOS. «DECRETO 48.018 [illegible]
ALIENAÇÃO [illegible] conforme art. [illegible] Portaria CAT 17/2003 e art. 424 do
RICMS/SP. (IPI isento e não tributado [illegible])

RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.38.33
344848668 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
****
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3207-7 - COCRESPOCAPE
CONTA: 8.786-1

FAVORECIDO: GRAFICA REAL DE CHARQUEADA LTDA
CPF/CNPJ: 00.829.558/0001-00
VALOR: R$ 754,00
DEBITO EM: 28/03/2024
****
DOCUMENTO: 002002
AUTENTICACAO SISBB: E.64F.A52.C4B.A09.52D

[illegible]	Valor: 784,00 VF Tot:	NF-e N.: 000005250 SÉRIE: 1	
[illegible]	[illegible]		

Real

GRAFICA E PAPELARIA

GRAFICA REAL DE CHORQUEZADA LTDA ME

RUA DO ROSARIO, 121

CENTRO

CHORQUEZADA SP

CEP: 13315-000

Fone: (14) 3481-0000

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1

Nº: 000005250
Série: 1
Folha: 1 / 1

Chave de Acesso: 3524 0300 5252 7000 0100 5500 1000 0000 5250 1000 0000 5219

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: 135240000000000
24/03/2024 09:32:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. INT. DO DESTINATÁRIO	CNPJ
266005630112		00.029.558/0001-08

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	26/03/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
RUA OSWALDO CRUZ - 70	SÃO BENEDITO	13317-032	26/03/2024

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
Charqueada		SP		09:32:44

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	257,34		784,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	ICMS DESONERADO	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	784,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0-REMITENTE (CIF)				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
-				-	-

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	BC ICMS ST	VALOR ICMS ST	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
[illegible]	[illegible] BRANCO Pedido: 10029 / Item: 1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	10	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] Pedido: 10029 / Item: 2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	1	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] VITA PRO BANANA Pedido: 10029 / Item: 3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	1	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] CAIXA 1 UNIDADE Pedido: 10029 / Item: 4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	1	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] METAL TRAMA Pedido: 10029 / Item: 5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	1	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] BRANCO Pedido: 10029 / Item: 6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] Pedido: 10029 / Item: 7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CX	1	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] BANANA Pedido: 10029 / Item: 8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	1	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] Pedido: 10029 / Item: 9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
[illegible]	[illegible] CAIXA Pedido: 10029 / Item: 10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	UN	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 26/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada nº 02/2024, processo nº 11681/2023 de 01/01/24 Priscila

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2024 -      AUTOATENDIMENTO      - 14.30.33
3668401668                SEGUNDA VIA            0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                  COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA:        15.960-3
==============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 3085-6 - BAIRRO BOA VISTA
CONTA:     500.599-1

FAVORECIDO:  JANDEN EDUARDO FRAGALI
CPF/CNPJ: 14.858.380/0001-16
VALOR: R$                                 1.681,60
DEBITO EM: 28/03/2024
==============================================
DOCUMENTO: 851863
AUTENTICACAO SISBB:        4.DAC.E55.EAC.5AA.F8F
```

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA
01019
DATA DA EMISSÃO
26/03/2024 13:29:11
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
85DB3A2F9

SÉRIE	COMPETÊNCIA	LOCAL DO SERVIÇO	NFS SUBSTITUÍDA	RPS
NFS	26/03/2024	LIMEIRA - SP	-	-

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: JANDER EDUARDO FRAGALI ME
NOME FANTASIA: SIGMA CLINICAL
ENDEREÇO: JOÃO NICOMELLO, 00169 CAMPOS ELISEOS - PQ
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 14.818.396/0001-16
MUNICÍPIO: LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE: (19) 9822-5708
INSC.MUNICIPAL: 43108
CEP: 13485-294
E-MAIL: sigmaclinical@gmail.com.b
SIMPLES NACIONAL: (x) SIM ( ) NÃO
INSC.ESTADUAL: 417.193.886.116
REGIME ESPECIAL: NENHUM
SITE:

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
ENDEREÇO: Rua OSWALDO CRUZ, 70 - SÃO BENEDITO
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ/NIF: 51.471.279/0001-18
MUNICÍPIO: CHARQUEADA - SP
TELEFONE: () -
CEP: 13515-000
E-MAIL: adminhmbc@hotmail.com
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

14.01 | Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de máquinas, veículos, aparelhos, equipamentos, motores, elevadores ou de quaisquer objetos (exceto peças e partes empregadas, que ficam sujeitas ao ICMS).

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

CONTRATO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA SEMESTRAL COM CORRETIVA
********** FIM

Em 26/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Fatura. Esta despesa foi paga com o termo de compromisso firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada n.º 02/2024 processo n.º 11681/2023 de 01/01/24 Priscila

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS		DEDUÇÕES / DESCONTOS		VALOR DO SERVIÇO	R$ 1.661,60
PIS	R$ 0,00	Alíquota do ISS	3,58 %	Base de Cálculo	R$ 1.661,60
COFINS	R$ 0,00	Desconto Incondicionado	R$ 0,00	Total Deduções/Descontos	R$ 0,00
IR	R$ 0,00	Desconto Condicionado	R$ 0,00	Total de Imp. Federais	R$ 0,00
INSS	R$ 0,00	Outras Retenções	R$ 0,00	Valor do ISS	R$ 59,48
CSLL	R$ 0,00	Outras Deduções	R$ 0,00	**VALOR LÍQUIDO**	**R$ 1.661,60**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nota fiscal referente ao Contrato nº0808-0/2018 - Março 2024 vencimento 1/1 = R$1661,60 - 30/03/2024 ATENÇÃO: O pagamento deve ser feito por depósito bancário: Banco Caixa Econômica Federal: AG. 3805 OP. 003 C/C 500598-1 Favorecido: Jander Eduardo Fragali - ME PIX: 14.818.396/0001-16

Trib aprox R$: 223,49 Federal e 64,30 Municipal Fonte: IBPTempresometro.com.br 487157

OUTRAS INFORMAÇÕES

1 - Responsável Tributário: ( ) Prestador ( ) Tomador.
2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site https://www.limeira.sp.gov.br com a utilização do Código de Verificação.

Desenvolvido por: E-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA-ME

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP
Série | Número NFS-e
NFS | 01019
Data da Emissão
26/03/2024 13:29:11
Código de Verificação
85DB3A2F9

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **JANDER EDUARDO FRAGALI ME**

_____ ____/____/____
Identificação do recebedor Data do recebimento

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2024 -      AUTOATENDIMENTO        - 14.30.33
5668#03668          SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                 COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA:        15.980-8
==============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0710-8 - SICREDI MARINGA
CONTA:      71.883-1

FAVORECIDO:  DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27983401818
CPF/CNPJ: 33.039.813/0001-70
VALOR: R$                                  812,50
CREDITO EM: 28/03/2024
==============================================
DOCUMENTO: 032004
AUTENTICACAO SISBB:        A.8A7.D40.8F5.A25.361
```

DANFSe v1.0

Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35170622336888130001700000000000117240313517123839

Número da NFS-e 117	**Competência da NFS-e** 27/03/2024	**Data e Hora da emissão da NFS-e** 27/03/2024 05:53:54	
Número da DPS 151	**Série da DPS** 900	**Data e Hora da emissão da DPS** 27/03/2024 05:53:54	

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

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço	**CNPJ / CPF / NIF** 33.588.813/0001-70	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** (19) 9711-3825
Nome / Nome Empresarial DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27083403810		**E-mail** -	
Endereço LIBERDADE, 143		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13515-000
Simples Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		**Regime de Apuração Tributária pelo SN** -	

TOMADOR DO SERVIÇO

	CNPJ / CPF / NIF 51.431.279/0001-18	**Inscrição Municipal** 05274	**Telefone** (19) 3486-1333
Nome / Nome Empresarial HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		**E-mail** escritoriobrasilfiscal@yahoo.com.br	
Endereço R OSWALDO CRUZ, 30		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13517-032

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 14.06.01 - Instalação e montagem de aparelhos, máquinas e equipament...	**Código de Tributação Municipal** -	**Local da Prestação** Charqueada - SP	**País da Prestação** -

Descrição do Serviço
Manutenção Corretiva em Ar Condicionado
Dados Bancários
Banco Sicredi
Ag. 0716
CC. 71803-1
Pix
33668813000170

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	**País Resultado da Prestação do Serviço** -	**Município de Incidência do ISSQN** Charqueada - SP	**Regime Especial de Tributação** Nenhum
Tipo de Imunidade -	**Suspensão de Exigibilidade do ISSQN** Não	**Número Processo Suspensão** -	**Benefício Municipal** -
Valor do Serviço R$ 812,50	**Desconto Incondicionado** -	**Total Deduções/Reduções** -	**Cálculo do BM** -
BC ISSQN -	**Alíquota Aplicada** -	**Retenção do ISSQN** Não Retido	**ISSQN Apurado** -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	**CP** -	**CSLL** -	
PIS -	**COFINS** -	**Retenção do PIS/COFINS** -	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL** -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R$ 812,50	**Desconto Condicionado** R$	**Desconto Incondicionado** R$	**ISSQN Retido** -
IRRF, CP, CSLL - Retidos R$ 0,00	**PIS/COFINS Retidos** -		**Valor Líquido da NFS-e** **R$ 812,50**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 27.03.24 recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nota fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 02/2024 processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Priscila

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.30.33
3660481668 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3660-4 CONTA: 15.060-3
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0710-8 - SICREDI MARINGA
CONTA: 71.001-1

FAVORECIDO: DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27983483810
CPF/CNPJ: 33.690.813/0001-70
VALOR: R$ 500,00
DEBITO EM: 28/03/2024
==========
DOCUMENTO: 032005
AUTENTICACAO SISBB: D.F40.940.17A.E83.5B7

DANFSE v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35117042233498130001700000000001162405592029543

Número da NFS-e 116	**Competência da NFS-e** 27/03/2024	**Data e Hora da emissão da NFS-e** 27/03/2024 05:47:19	
Número da DPS 159	**Série da DPS** 900	**Data e Hora da emissão da DPS** 27/03/2024 05:47:19	

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

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço	**CNPJ / CPF / NIF** 33.589.813/0001-70	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** (19) 9711-3825
Nome / Nome Empresarial DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27983403810		**E-mail** -	
Endereço LIBERDADE, 143		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13515-000
Simples Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		**Regime de Apuração Tributário pelo SN** -	

TOMADOR DO SERVIÇO	**CNPJ / CPF / NIF** 51.421.279/0001-18	**Inscrição Municipal** 05274	**Telefone** (19) 3498-1333
Nome / Nome Empresarial HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		**E-mail** escritoriocorsalifiscal@yahoo.com.br	
Endereço R OSWALDO CRUZ, 78		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13517-032

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 14.06.01 - Instalação e montagem de aparelhos, máquinas e equipament...	**Código de Tributação Municipal** -	**Local da Prestação** Charqueada - SP	**País da Prestação** -

Descrição do Serviço
Serviços Prestados de Manutenção do Ar Condicionado Referente Março 2024.
Dados Bancários
Banco Sicredi
Ag. 0716
CC. 71803-1
Pix
Chave CNPJ 33589813000170

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	**País Resultado da Prestação do Serviço** -	**Município de Incidência do ISSQN** Charqueada - SP	**Regime Especial de Tributação** Nenhum
Tipo de Imunidade -	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN** Não	**Número Processo Suspensão** -	**Benefício Municipal** -
Valor do Serviço R$ 500,00	**Desconto Incondicionado** -	**Total Deduções/Reduções** -	**Cálculo do BM** -
BC ISSQN -	**Alíquota Aplicada** -	**Retenção do ISSQN** Não Retido	**ISSQN Apurado** -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	**CP** -	**CSLL** -	
PIS -	**COFINS** -	**Retenção do PIS/COFINS** -	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL** -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R$ 500,00	**Desconto Condicionado** R$	**Desconto Incondicionado** R$	**ISSQN Retido** -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R$ 0,00	**PIS/COFINS Retidos** -		**Valor Líquido da NFS-e** **R$ 500,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 27/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024 processo nº 11681/2023 de 01/01/24. Priscila

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.38.33
900840366B SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3868-4 CONTA: 15.868-3
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA
CONTA: 75.883-1

FAVORECIDO: DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27985481810
CPF/CNPJ: 33.699.813/0001-78
VALOR: R$ 832,50
DEBITO EM: 28/03/2024
==========
DOCUMENTO: 832006
AUTENTICACAO SISBB: F.54F.93F.A83.E8E.9C7

NFSe Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

DANFSe v1.0

Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35117062303998130001700000000001182403080434493

Número da NFS-e 118	**Competência da NFS-e** 27/03/2024	**Data e Hora da emissão da NFS-e** 27/03/2024 06:58:42
Número da DPS 152	**Série da DPS** 900	**Data e Hora da emissão da DPS** 27/03/2024 06:58:42

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

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço	**CNPJ / CPF / NIF** 33.699.813/0001-70	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** (19) 9711-3825
Nome / Nome Empresarial DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27983403810		**E-mail** -	
Endereço LIBERDADE, 143		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13515-000
Simples Nacional na Data da Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		**Regime de Apuração Tributária pelo SN** -	

TOMADOR DO SERVIÇO

	CNPJ / CPF / NIF 51.421.279/0001-19	**Inscrição Municipal** 05234	**Telefone** (19) 3485-1333
Nome / Nome Empresarial HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		**E-mail** escritoriopraisilfiscal@yahoo.com.br	
Endereço R OSWALDO CRUZ, 35		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13517-032

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 14.06.01 - Instalação e montagem de aparelhos, máquinas e equipament...	**Código de Tributação Municipal** -	**Local da Prestação** Charqueada - SP	**País da Prestação** -

Descrição do Serviço
Instalação Ar Condicionado
Debce Bancarios
Banco Sicredi
Ag. 0716
CC. 71803-1
Pix
33699813000170

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	**País Resultado da Prestação do Serviço** -	**Município de Incidência do ISSQN** Charqueada - SP	**Regime Especial de Tributação** Nenhum
Tipo de Imunidade -	**Suspensão de Exigibilidade de ISSQN** Não	**Número Processo Suspensão** -	**Benefício Municipal** -
Valor do Serviço R$ 812,50	**Desconto Incondicionado** -	**Total Deduções/Reduções** -	**Cálculo do BM** -
BC ISSQN -	**Alíquota Aplicada** -	**Retenção do ISSQN** Não Retido	**ISSQN Apurado** -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	**CP** -	**CSLL** -	
PIS -	**COFINS** -	**Retenção do PIS/COFINS** -	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL** -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R$ 812,50	**Desconto Condicionado** R$	**Desconto Incondicionado** R$	**ISSQN Retido** -
IRRF, CP, CSLL - Retidos R$ 0,00	**PIS/COFINS Retidos** -		**Valor Líquido da NFS-e** **R$ 812,50**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 27/03/24, recebi a contra as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Fatura. Esta despesa foi paga com o termo de cooperação firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada nº 02/2024, processo nº 11681/2023 de 01/01/24 Priscila

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2024 -      AUTOATENDIMENTO      - 14.38.33
S6A9AE5A62          SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                 COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA:        15.960-3
==============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 077 - BANCO INTER
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA:   7.884.550-5

FAVORECIDO:  11.194.725 ALINE COSSANTE AGUSTINHO
CPF/CNPJ: 11.194.725/0001-64
VALOR: R$                                  310,00
DEBITO EM: 20/03/2024
==============================================
DOCUMENTO: 033007
AUTENTICACAO SISBB:        9.B33.CA8.821.D98.FAF
```

DANFSE v1.0

Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35170822111947250001840000000000010240340117665349

Número da NFS-e 10	**Competência da NFS-e** 26/03/2024	**Data e Hora da emissão da NFS-e** 26/03/2024 18:52:19	
Número da DPS 34	**Série da DPS** 900	**Data e Hora da emissão da DPS** 26/03/2024 18:52:19	

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR no seu município ou através do acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço	**CNPJ / CPF / NIF** 11.194.725/0001-84	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** (19) 2001-3651
Nome / Nome Empresarial 11.194.725 ALINE COSSANTE AGUSTINHO DO CARMO		**E-mail** VAC@CTI.ONF.BR	
Endereço ITALO LORANDI, 180		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13515-096
Simples Nacional na Data da Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		**Regime de Apuração Tributária pelo SN** -	

TOMADOR DO SERVIÇO

	CNPJ / CPF / NIF 51.427.278/0001-18	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** -
Nome / Nome Empresarial HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		**E-mail** -	
Endereço R OSWALDO CRUZ, 78		**Município** Charqueada - SP	**CEP** 13517-032

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 01.07.01 - Suporte técnico em informática, inclusive instalação, con...	**Código de Tributação Municipal** -	**Local da Prestação** Charqueada - SP	**País da Prestação** -

Descrição do Serviço
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM INFORMATICA
DADOS PARA DEPOSITO EM CONTA
BANCO INTER
AG: 0001
C/C: 7884550-5
ALINE COSSANTE A DO CARMO

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	**País Resultado da Prestação do Serviço** -	**Município de Incidência do ISSQN** Charqueada - SP	**Regime Especial de Tributação** Nenhum
Tipo de Imunidade -	**Suspensão de Exigibilidade do ISSQN** Não	**Número Processo Suspensão** -	**Benefício Municipal** -
Valor do Serviço R$ 310,00	**Desconto Incondicionado** -	**Total Deduções/Reduções** -	**Cálculo do BM** -
BC ISSQN -	**Alíquota Aplicada** -	**Retenção do ISSQN** Não Retido	**ISSQN Apurado** -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	**CP** -	**CSLL** -	
PIS -	**COFINS** -	**Retenção do PIS/COFINS** -	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL** -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R$ 310,00	**Desconto Condicionado** R$	**Desconto Incondicionado** R$	**ISSQN Retido** -
IRRF, CP, CSLL - Retidos R$ 0,00	**PIS/COFINS Retidos** -		**Valor Líquido da NFS-e** **R$ 310,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 26 / 03 / 24, emitiu e colheu as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Uma pessoa foi paga para a (para) do convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada nº 02/2024 processo n.º 11681/2023 de 01/01/24. Pesada

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.58.32
3668405668 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.968-3
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3769-9 - CORDEIROPOLIS
CONTA: 13.001.419-8

FAVORECIDO: LUCAS FLAVIO GALDINO
CPF/CNPJ: 31.345.238/0001-16
VALOR: R$ 1.000,00
DEBITO EM: 28/03/2024
==========
DOCUMENTO: 032608
AUTENTICACAO SISBB: F.B0A.FB0.B6F.6AE.D75

DELL EXPRESS
LUCAS FLAVIO GALDINO
CNPJ: 31.340.230/0001-18 | Mun.: 000005400001501 | Est.: Isento
Telefone: (19) 9812-4513
JOÃO BATISTA SPANHOL, 1202 - Jardim São Luiz
Cordeirópolis - SP CEP: 13490-622
E-mail: lucasgaldino47@gmail.com

LKS Express

Consulte a Autenticidade em: cordeiropolis.sigisweb.com

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO

NÚMERO 00000121 | SÉRIE NFD

CÓDIGO DE AUTENTICIDADE

REMETENTE / DESTINATÁRIO

Nome / Razão Social	CNPJ / CPF	Nº Municipal	Inscrição Estadual
HOSPITAL E MATERNIDADE BENF DE CHARQUEADA	51.421.279/0001-18	ISENTO	

Endereço	Bairro / Distrito	Município	UF
R OSWALDO CRUZ, 73	SÃO BENEDITO	Charqueada	SP

CEP	Telefone / Fax	E-mail
13515-000	(19) 3488-1299	nmbc01@yahoo.com.br

Data Emissão	Forma de Pagamento
27/03/2024	05/04/2024

DESCRIÇÃO DO(S) SERVIÇO(S).

NOTA FISCAL REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE MOTOBOY DO MÊS DE MARÇO 2024.
BANCO SANTANDER
AGÊNCIA 3769
CC 00013001458-8
CNPJ 31.340.230/0001-18

Em 27/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, nº 02/2024, processo nº 11681/2023 de 01/01/24. Eliseita

Discriminação do serviço
26.01 - Serviços de coleta, remessa ou entrega de correspondências, documentos, objetos, bens ou valores, inclusive pelos correios e

Valor por extenso	Valor bruto da nota fiscal
um mil reais	R$ 1.000,00

Deduções	Valor dos serviços
R$ 0,00	R$ 1.000,00

Restrição de retenção do ISS	Alíquota (%)	Valor I.S.S.	Valor líquido a receber
O ISS não deve ser retido	-	Apuração PGDAS-D	R$ 1.000,00

Informações adicionais
Nota Fiscal Eletrônica Autorizada pelo Decreto nº 5701 de 15/12/2017
Empresa Optante pelo Simples Nacional, conforme Lei Federal Complementar nº 123 de 14/12/2006.
Cont. Lei Federal 12741/12 a Carga Tributária Aproximada desta NF é de 12,40% Federal (IBPT) e de 4,51% Municipal, perfazendo o valor de R$ 177,00

RECEBEMOS DE 31340230000118 - LUCAS FLAVIO GALDINO OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

Data de recebimento | Identificação e assinatura do recebedor

Nº 00000121
SÉRIE NFD

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/03/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.50.33
366840368 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 15.950-3
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 3009-8 - SICREDI ARARAQUARA
CONTA: 51.064-2

FAVORECIDO: J. V. PONGELUPPE TECNOLOGIA DA INFO
CPF/CNPJ: 29.288.851/0001-03
VALOR: R$ 2.700,00
DEBITO EM: 28/03/2024
==========
DOCUMENTO: 032009
AUTENTICACAO SISBB: 1.F94.337.196.C6A.F8A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
1093

Data e Hora da Emissão	28/03/2024 09:21:10	Competência	28/03/2024	Código de Verificação	3UFHKTFMG
Número do RPS		Nº da NFS-e Substituída		Cidade da Prestação	ARARAQUARA - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	V. E. PONGELUPPE EIRELI - ME				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	29.285.851/0001-43	Inscrição Municipal	136728	Município	ARARAQUARA - SP
Endereço e CEP	AVENIDA FLORIDIANA, 80 - JARDIM FLORIDIANA (VILA XAVIER) CEP: 14819-198				
Complemento	SALA 8 A	Telefone	(16)3331-7555	e-mail	VAGNER@PONGELUPPEINFORMATICA.COM.BR

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA				
CNPJ/CPF	51.421.278/0001-18	Inscrição Municipal		Município	CHARQUEADA - SP
Endereço e CEP	RUA OSWALDO CRUZ, 70 - JD CEP: 13515-000				
Complemento		Telefone		e-mail	

Discriminação do Serviço

Cessão de uso referente sistema informatizado hospitalar

referente Março 2024

Banco Sicredi

Agência 3029
Conta 51864-2

Em 28/03/24, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada n.º 02/2024 processo n.º 11681/2023

Código do Serviço / Atividade

1.07 / 6209100 - Suporte técnico, manutenção e outros serviços em tecnologia da informação

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código de Obra		Código ART	

Tributos Federais

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

Discriminação dos Serviços - Preços e Outras Informações			Cálculo do ISSQN (R$) e Retenções	
Valor do Serviço - R$	2.700,00	Natureza Operação	Valor do Serviço - R$	2.700,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributada no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	Base de Cálculo	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	2.700,00
(-) Outras Retenções	0,00	Optante Simples Nacional	(x) Alíquota - %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	1 - Sim	ISSQN a Pagar	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido - R$	2.700,00	Incentivador Cultural	(-) Valor do ISSQN - R$	0,00
		2-Não		

Avisos

1 - Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://ARARAQUARA.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação
3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.