

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

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHARQUEADA

CONVENIADA: Hospital e Maternidade Beneficente de Charqueada

CNPJ: 51.421.279/0001-18

ENDEREÇO E CEP: RUA OSWALDO CRUZ, N° 70 CEP: 13.517-032

RESPONSÁVEL(S) PELA CONVENIADA: Paulo Francisco do Nascimento

CPF: 123.767.938-90

OBJETO: Prestação de serviços essenciais de Assistência Médica, Hospitalar e Ambulatorial especializada no âmbito Sistema Único de Saúde – SUS.

EXERCÍCIO: 2023

ORIGEM DOS RECURSOS (1): MUNICIPAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Termo de Convênio nº 15/2023	20/07/2023	20/07/2023 a 31/12/2023	70.313,91
Processo 7057/2023			

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\$)
27/07/2023	70.313,91	27/07/2023	294.525.660	70.313,91
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				70.313,91
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS				70.313,91
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				0,00
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (2)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B + C + D)				70.313,91
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				70.313,91

(1) Verba: 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 Charqueada vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas Agosto/2023 bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS (4):					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (J= H + I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE (R\$)
Recursos humanos (5)					
Recursos humanos (6)					
Medicamentos					
Material médico e hospitalar (*)	16.670,79		16.670,79	16.670,79	
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo	673,80		673,80	673,80	
Serviços médicos (*)					
Outros serviços de terceiros	502,00		502,00	502,00	
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL	17.846,59		17.846,59	17.846,59	

(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.

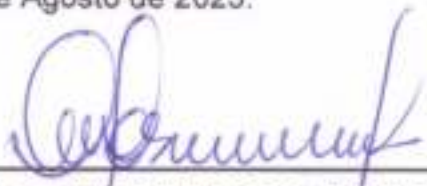
(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE, 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	70.313,91
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	17.846,59
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E - (J - F)]	52.467,32
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L)	52.467,32

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

Charqueada, 31 de Agosto de 2023.



PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
PRESIDENTE

☐ Visualizar Pix agrupados

Consultas - Extrato de conta corrente

G334011104012703018
01/09/2023 11:08:48

Cliente - Conta atual

Agência 3668-4
Conta corrente 17211-1 HOSPITAL M B CHARQUEADA
Período do extrato 08 / 2023

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
27/07/2023		0000	00000	000 Saldo Anterior			70.313,91 C
02/08/2023		0000	13113	231 Tar Manuten Conta Ativa	812.140.700.103.043	62,50 D	70.251,41 C
				Cobrança referente 02/08/2023			
03/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.301	1.918,93 D	68.332,48 C
				J P INDUSTRIA FARMACEUTICA S/A			
04/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.401	718,80 D	
				PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA -			
04/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.402	5.569,00 D	62.044,68 C
				LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE			
07/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.701	310,00 D	61.734,68 C
				ALINE C A DO CARMO			
08/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.801	5.014,60 D	56.720,08 C
				J P INDUSTRIA FARMACEUTICA SA			
14/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	81.401	2.100,00 D	54.620,08 C
				BELIVE COMERCIO P H EIRELI			
15/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	81.501	1.378,84 D	53.241,24 C
				AIR LIQUIDE BRASIL L			
28/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	82.801	689,42 D	52.551,82 C
				AIR LIQUIDE BRASIL L			
29/08/2023		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	82.901	192,00 D	52.369,82 C
				SAFE2PAY INSTITUICAO DE PAGAMENTO LTDA			
31/08/2023		0000	00000	999 S A L D O			52.369,82 C

Seguro Empresarial, protecao completa para o seu patrimonio. Cobertura contra danos e prejuizos pra sua necessidade. Contrate no App ou agencias

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3380714296371661
07/08/2023 14:38:3807/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 14:36:36
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-1

BANCO INTER

07790001161208433800010532953824994350000031000

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: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 88.701

DATA DE VENCIMENTO 07/08/2023

DATA DO PAGAMENTO 07/08/2023

VALOR DO DOCUMENTO 310,00

VALOR CORRADO 310,00

NR.AUTENTICACAO 6.C85.07E.300.CF5.649

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.

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

M30 150

Simplifica a vida.

Conta digital gratuita PF e PJ, plataforma de investimentos, shopping e tudo mais que você precisar.

Baixe o app!  

inter

Beneficiário	
11.194.725/0001-84 - ALINE C A DO CARMO	
Endereço do Beneficiário	
RUA ANTONIO MONTEBELLER 105, JARDIM GELSOMINA 13517-410 - CHARQUEADA - SP	
Pagador	
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	Vencimento
	07/08/2023
Agência / Código do Beneficiário	Valor do Documento
00019/076274586	310,00
Número Número / Cód. do Documento	
00019/112/0105329538-2	
Autenticação Médica	

inter

| 077-9 | 07790.00116 12084.338008 10532.953824 9 94350000031000

Local de Pagamento					Vencimento
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					07/08/2023
Beneficiário					Agência / Código do Beneficiário
11.194.725/0001-84 - ALINE C A DO CARMO					00019/076274586
Endereço do Beneficiário					Número Número / Cód. do Documento
RUA ANTONIO MONTEBELLER 105, JARDIM GELSOMINA 13517-410 - CHARQUEADA - SP					00019/112/0105329538-2
Data do Documento	Nº do Documento	Expiração Documento	Acerto	Data de Processamento	(*) Valor do Documento
01/08/2023	Serviço	DM	NAO	01/08/2023	310,00
Uso do Banco	Carteira	Endereço Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Desconto / Abatimento
	112	BRL			
Informações de responsabilidade do beneficiário					(-) Outras Deduções
					(*) Mora / Multa
					(*) Outros Acréscimos
					(*) Valor Corrigido

Pagador	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
	RUA OSWALDO CRUZ 70	
	JARDIM SÃO BENEDITO 13517-032 CHARQUEADA/SP	
Beneficiário Final	ALINE C A DO CARMO	CNPJ/CPF: 11.194.725/0001-84



Autenticação Médica
Ficha de Compensação

NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

ALINE COSSANTE AGUSTINHO DO CARMO RUA ANTONIO MONTEBELLER, 105 CEP: 13515-096 - Bairro: JARDIM GELSOMINA Município: Charqueada - SP E-mail: fn@cti.inf.br Fone: (19) 3486-1584			Número da NFS-e 202300000000582	
CNPJ / CPF 11.194.725/0001-84	Inscrição Estadual 288070490110		Inscrição Municipal 071/09	Data do Serviço 30/07/2023

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CHARQUEADA/SP Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (19) 3186-9000 - 186.250.144.154:49392/NFSe Portal	Dt. de Emissão 30/07/2023	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Charqueada/SP
--	-------------------------------------	-------------------------------	---

TOMADOR DO SERVIÇO Nome / Razão Social HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA Endereço RUA OSWALDO CRUZ, 70 Cidade Charqueada		Município de Prestação do Serviço Charqueada/SP	
UF SP	Fone (19) 3486-1333	CEP 13517-032	

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO Nome / Razão Social CNPJ / CPF Inscrição Municipal Fone Cidade			
---	--	--	--

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM INFORMATICA REFE. AO MES DE JULHO	VALOR TOTAL 310,00	ALIQ. 2,00	VALOR IMPOSTO 0,00	RETIDO Não
---	-----------------------	---------------	-----------------------	---------------

Código do Serviço 01.07 - Suporte técnico em informática, inclusive instalação, configuração e manutenção de programas de computação e bancos de dados.	Código NBS *****	Em 30/07/23, 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 15 / 2023, processo n.º 7057/2023 de 20/07/23. Notaria		
CIDE 0,00	CONTRIB 0,00	CONTRIB Importação 0,00	ICMS 0,00	IOP 0,00
Base Cálculo ISSQN Potênc 310,00	Valor do ISSQN Potênc 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 0,00
Valor Total da NFS-e 310,00	Valor Líquido da NFS-e 310,00			

Informações Adicionais Simples Nacional: Microempreendedor Individual Lei 12741/2012: Mun: R\$6,37; Est: R\$0,00; Fed: R\$41,70; Total Aprox: R\$50,07. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 30/07/2023 às 12:54:41.
 Para consultar a autenticidade acesse: 186.250.144.154:49392/NFSe Portal



202300000000582fe8f602ff11194725000184

Receb(emos) de ALINE COSSANTE AGUSTINHO DO CARMO os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____ Data	Identificação e assinatura do receptor _____ Identificação e assinatura do receptor	Número da NFS-e 202300000000582 Competência 30/07/2023 NFS-e fe8f602ff	Número de Controle do Município
---	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 30/07/2023 às 12:54:41.
 Para consultar a autenticidade acesse: 186.250.144.154:49392/NFSe Portal



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3322913382390661
29/08/2023 13:44:0329/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 13:44:03
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-1

BANCO DO BRASIL

00190000090312263100962285067179494570000019200

BENEFICIARIO:

SAFE2PAY INSTITUICAO DE PAGAME

NOME FANTASIA:

SAFE2PAY INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS

CNPJ: 31.037.942/0001-78

BENEFICIARIO FINAL:

CARDS SERVICOS DIGITAL E ADMIN

CNPJ: 25.449.435/0001-49

PAGADOR:

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC

CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 02.901

NOSSO NUMERO 31226310062285067

CONVENIO 03122631

DATA DE VENCIMENTO 29/08/2023

DATA DO PAGAMENTO 29/08/2023

VALOR DO DOCUMENTO 192,00

VALOR COBRADO 192,00

NR.AUTENTICACAO 3.AC2.F92.8EA.269.253

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: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

Vencimento
29/08/2023

Valor
R\$ 192,00

Beneficiário

CARDS SERVICOS DIGITAL E ADMINISTRATIVO L
TDA
25.449.435/0001-49

Código de pagamento Pix Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568qrco
x.bb.com.br/pix/v2/cobv/b78aecbb-4268-4804-9d2e-
c3789c2fe81f5204000053039865406192.005802BR5
908SAFE2PAY6012PORTO ALEGRE62070503***630
41A28

Pague via Pix com o QR code ao lado

A compensação do pagamento será em torno de uma hora

Escaneie o QR code



001-9

Recibo do Pagador

Vencimento 29/08/2023	Agência/Código do Beneficiário 5745-2/003959-4	Número do Documento 62285067	Nosso Número 31226310062285067
Valor do Documento 192,00	(-) Descontos	(+) Acréscimos	(=) Valor Cobrado 192,00

Pagador
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ, 70 - CENTRO - 13.515-000 Charqueada-SP

Secador/Avalista
SAFE2PAY INSTITUIÇÃO DE PAGAMENTO LTDA - CNPJ 31.037.942/0001-78

Beneficiário
CARDS SERVICOS DIGITAL E ADMINISTRATIVO LTDA - CNPJ
25.449.435/0001-49

Autenticação Mecânica



001-9

00190.00009 03122.631009 62285.067179 4 94570000019200

Local de Pagamento Pagável preferencialmente em qualquer Agência do BANCO DO BRASIL S/A					Vencimento 29/08/2023
Beneficiário CARDS SERVICOS DIGITAL E ADMINISTRATIVO LTDA 25.449.435/0001-49					Agência/Código do Beneficiário 5745-2/003959-4
Data do Documento 24/08/2023	Número Documento 62285067	Espécie Doc DS	Aceite N	Data Processamento 24/08/2023	Nosso Número 31226310062285067
Uso do Boleto Carteira 17 / 019	Espécie Moeda R\$	Outra Moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento 192,00	(-) Descontos / Abatimentos
Instruções: CUIENTE - O boleto poderá ser pago após a data de vencimento. Juros de 1% APÓS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO BOLETO Multa de 2% APÓS O VENCIMENTO SOBRE O VALOR DO BOLETO					(+) Juros / Multa 1,00% / 2,00%
					(=) Valor Cobrado 192,00

Pagador
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ, 70 - CENTRO - 13.515-000 Charqueada-SP

Secador/Avalista
SAFE2PAY INSTITUIÇÃO DE PAGAMENTO LTDA - CNPJ 31.037.942/0001-78

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





Emissão de comprovantes - 3o nível

G3320418444074351
04/08/2023 16:54:4504/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:54:45
366883668 8013

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-1

BANCO DO BRASIL

00190000098237882700600989240171794320000071880

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 80.401

NOSSO NUMERO 23788270000989240

CONVENIO 02378827

DATA DE VENCIMENTO 04/08/2023

DATA DO PAGAMENTO 04/08/2023

VALOR DO DOCUMENTO 718,80

VALOR COBRADO 718,80

NR.AUTENTICACAO 5.0AF.88F.6C7.D88.D0B

Central de Atendimento BB

4004 0801 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0801 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 0888

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

BANCO DO BRASIL

001-9

financeiro@promedical.com.br

Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Código Beneficiário	Nº Documento
PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA	0024-8/130923-4	1 000105921
Pagador	Vencimento	Valor do Documento
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA	04/08/2023	718,80
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Cpf	Assinatura
	Data	Entregador

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02378.827006 00989.240171 7 94320000071880

Recibo do Pagador

Local de Pagamento	PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO				Vencimento
					04/08/2023
Beneficiário	PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA R Osvaldo Cruz 70-7179 Joo De Faria - MG CEP: 36035-125CNPJ: 10.829.779/0001-06				Agência/Código Beneficiário
					0024-8/130923-4
Data do Documento	Nº Documento	Espécie Doc.	Acerto	Data do Processamento	Nosso Número
06/07/2023	1 000105921	DM	N	06/07/2023	23788270000989240
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	17	R\$			718,80
Instruções (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) Cobrar Multa de 2% após vencimento Após o Vencimento Cobrar: R\$ 2,40 Por dia de Atraso. SR. CAIXA APÓS VENCIMENTO, RECEBIMENTO COM JUROS E MULTA PROTESTAR APÓS 5 DIAS ÚTEIS					(-) Desconto/Abatimento
					0,00
					(-) Outras Deduções
					0,00
					(+) Valor Cobrado
financeiro@promedical.com.br					
Pagador	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (020265-01) R OSWALDO CRUZ 70-centro 13517032 CHARQUEADA - SP CNPJ: 51.421.279/0001-18				Código de Barra
Secador/Assinatura					Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02378.827006 00989.240171 7 94320000071880

Local de Pagamento	PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO				Vencimento
					04/08/2023
Beneficiário	PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA C.N.P.J.: 10.829.779/0001-06				Agência/Código Beneficiário
					0024-8/130923-4
Data do Documento	Nº Documento	Espécie Doc.	Acerto	Data do Processamento	Nosso Número
06/07/2023	1 000105921	DM	N	06/07/2023	23788270000989240
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	17	R\$			718,80
Instruções (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) Cobrar Multa de 2% após vencimento Após o Vencimento Cobrar: R\$ 2,40 Por dia de Atraso. SR. CAIXA APÓS VENCIMENTO, RECEBIMENTO COM JUROS E MULTA PROTESTAR APÓS 5 DIAS ÚTEIS					(-) Desconto/Abatimento
					0,00
					(-) Outras Deduções
					0,00
					(+) Valor Cobrado
financeiro@promedical.com.br					
Pagador	HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (020265-01) R OSWALDO CRUZ 70-centro 13517032 CHARQUEADA - SP CNPJ: 51.421.279/0001-18				Código de Barra
Secador/Assinatura					Autenticação Mecânica



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3123 0710 8297 7900 0106 5500 1000 1059 2165 9092 2078

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC. RECIBO TERCE. DESTINADA A NÃO CONTRIBUINTE	031236015675820 06/07/2023 14:37:14-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0011740950097	INSC. ESTADUAL DO MEIEST. TRIB. 813015426118	CNPJ/CNP 10.829.779/0001-06
-------------------------------------	---	--------------------------------

RESTATÁRIO/REINTEGRO		NOME/RACÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		ENDEREÇO		51.431.279-0001-18	06/05/2023
Bairro/Distrito		CEP			DATA ENTRADA/SAÍDA
RUA OSWALDO CRUZ, 79		13517-612			06/07/2023
MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA ENTRADA/SAÍDA	
CHARQUEADA	PE			14:34:00	

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
718,80	86,76	0,00	0,00	671,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	718,80

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADO						
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	10	CNPJ/CPF	
RAZÃO SOCIAL DO CARRONTEIRO E/OU CONTA ÚNICA	0-REMITENTE				23.063.875/0001-38	

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ALAMEDA GALOINHO RODRIGUES DA SILVA, 408	BELOHORIZONTE	MG	ISENTO

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PREÇO BRUTO 10.000	PREÇO LÍQUIDO 10.000
------------	---------	-------	-----------	-----------------------	-------------------------

DADOS DO PROJETO / SERVIÇO													
COD PROJ	DESCRIÇÃO DO PROJ/SERV	NCM/IBI	QTD	CFOP	UN	QUANT.	UNITARIO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR	ALICOTA	ALICOTA
01085	OPAMAX 8,55% - 3 LT P 4 2306901	29121915	000	6108	UN	2,00	309,0000	618,00	659,27	70,11	0,0012	0,00%	0,00%
01086	INATIVADOR OPAMAX - 330 2304104	38229000	000	6108	UN	2,00	27,3000	54,60	59,33	7,15	0,0012	0,00%	0,00%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Confira a mercadoria no ato da entrega;
Se avariado ou violado entre em contato imediatamente;
O prazo de devolução é de 07 dias;
Leia as instruções e teste o funcionamento do aparelho;
Verificar a nota fiscal e boleto ao receber;
Em caso de dúvidas ligue 0800 707 6900 ou (32) 3313-6900

Em 06/07/23, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nesta Nota Fiscal/Racibo. Essa despesa foi paga com o termo de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 15/2023, processo n.º 7057/2023 de 20/07/23.

Natalia

ASSOCIAÇÃO MUNICIPAL 11660003	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO IPI	VALOR DO IPI
----------------------------------	--------------------------	------------------------	--------------

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 631230013675820 DIANTE estado em contingência devido a adoção da contingência, sendo fim do ano Data e hora de início de utilização: 2023-07-09 14:36:56-03:00 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 211,56 (29.45%). Base: IBPT Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 43,13. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.	RESERVADO AO FISCAL <i>Recebido e confido por</i>
---	---

SENSITIVIDADE AO FIM'S

Recibido e
confirido por
Luana Arruda
11/07/23



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3342809404379031
28/08/2023 09:50:1428/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 09:50:14
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-1

BCO CITIBANK S.A.

74593180150756202800600031975980794560000068942

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: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 82.801

DATA DE VENCIMENTO 28/08/2023

DATA DO PAGAMENTO 28/08/2023

VALOR DO DOCUMENTO 689,42

VALOR COBRADO 689,42

NR.AUTENTICACAO 0.F54.A56.F89.FA8.FDF

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.

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

M 70

Instruções de Impressão
Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilizar folhas A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada

Recibo do Pagador

citibank

745-5

74593.18015 07562.028006 00031.975980 7 94560000068942

Beneficiário: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA. Avenida Monte, 8234 04733-901 SANTO AMARO SÃO PAULO SP		Agência / Código do Beneficiário 001/107562028-3		Expirar RS	Quantidade	Certosa / Nosso número 006053197598
Número do documento 1565883		UF/CPF SP/033178600118		Vencimento 28/08/2023		Valor documento R\$ 688,42
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Juros / Multa		(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA CNPJ: 01.421.279/0001-18 R OSWALDO CRUZ, 70 CENTRO - CHARQUEADA/SP - CEP: 13515-000						

Autenticação manual

Instruções:
JRS: 11 p/Dia Atraso - R\$ 0,68 APOS 28.08.23
MULTA DE R\$ 13,79 (2,00 %) A PARTIR DE 29/08/23
SEM ATENÇÃO IM -> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.
NOTA FISCAL: 5348353

Corte na linha pontilhada

citibank

745-5

74593.18015 07562.028006 00031.975980 7 94560000068942

Local de pagamento PACÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 28/08/2023	
Beneficiário AIR LIQUIDE BRASIL LTDA. Avenida Monte, 8234 04733-901 SANTO AMARO SÃO PAULO SP					Agência / Código Beneficiário 001/107562028-3	
Data do documento 24/07/2023	Nº documento 1565883	Expirar em: DMH	Assin N	Data processamento 08/08/2023	Certosa / Nosso número 006053197598	
Use o chave:	Certosa	Expirar RS	Quantidade	(=) Valor	(=) Valor documento R\$ 688,42	
Instruções (em responsabilidade do beneficiário): JRS: 11 p/Dia Atraso - R\$ 0,68 APOS 28.08.23 MULTA DE R\$ 13,79 (2,00 %) A PARTIR DE 29/08/23 SEM ATENÇÃO IM -> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES. NOTA FISCAL: 5348353					(+) Desconto / Abatimentos	
					(+) Outras deduções	
					(+) Juros / Multa	
					(+) Outros acréscimos	
					(=) Valor cobrado	
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA CNPJ: 01.421.279/0001-18 R OSWALDO CRUZ, 70 CENTRO - CHARQUEADA/SP - CEP: 13515-000					Cód. Nave	

Autenticação manual - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

RECEBEMOS DE AIR LIQUIDE BRASIL LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000349353 SÉRIE 200	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		
Identificação do emitente AIR LIQUIDE BRASIL LTDA RUA RONALD CLADSTONE NEGRIL 897 NOVA APARECIDA Cap(1308-472) CAMPINAS/SP Fone: 1917810800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1 1-SAÍDA N. 000349353 SÉRIE 200 FOLHA 01/02	 CHAVE DE ACESSO DA NF-E 3523 0700 3317 8800 1603 5520 0000 3493 5312 4870 2169 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 MERCADORIAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135231180260518 24/07/2023 12:50:48	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 244579400110	INSCRIÇÃO DO MUNICÍPIO		CNPJ/CNP 08.131.788/0016-03
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME RAZÃO SOCIAL HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA ENDEREÇO R. OSWALDO CRUZ, 30 MUNICÍPIO CHARQUEADA		CNPJ/CNP 31.421.279/0001-18 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 13315-000 INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DE EMISSÃO 24/07/2023 DATA ENTRADA/SAÍDA HORA ENTRADA/SAÍDA
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO R. OSWALDO CRUZ MUNICÍPIO CHARQUEADA		CNPJ/CNP 31.421.279/0001-18 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 13315-000 UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL CEP 13315-000 PONTA/FAX
FATURA 001 24/07/2023 08:42			
CÁLCULO DO IMPOSTO			
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 689,42	VALOR DO ICMS 124,10	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO REGIME 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACIONÁRIAS 0,00
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL TRANSPORTADORA INTEGRIDADE PONTUAL LTDA ENDEREÇO R. OLÍNDIA MARIA DE JESUS 140 QUANTIDADE 8		PRETE POR CONTA D-REMETENTE MUNICÍPIO SOROCABA MARCA 030167863	PLACA DO VEÍCULO UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 79X318941119 PESO BRUTO 559,512 PESO LÍQUIDO 79,512
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO			
COD. PROD. 11064029	DESCRIÇÃO DO PRODUTO ONU 1872 OXIGENIO, COM PRIMIDO 2.2 (5 l) III O XIGENIO GASOSO MEDICINA L-CIL 10,0 M	NCM/SH 28044000 CST 000 CFOP 5104 UN M3 QNTD. 60,0000 V.UNITARIO 11,4900 V.TOTAL 689,42 BC-ICMS 689,42 V-ICMS 124,10 V-IPF 0,00 A-ICMS 18,58%	A-JPI 0,08%
CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
DADOS ADICIONAIS			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES COD. REPART. FISCAL: 20 Protocolo: 135231180260513 No Vignette(147061) Fata(20) - Lote: 20042293 / 20042299 / 20042246 / NF de Carga: Série: 200 Número: 0348834 Data da Carga: 19/07/2023 - Fornecedor: pagamento: Boleto-Bancário será enviado em até 2 dias úteis para o(s) cliente(s) administr@honorail.com. Condição de Pagamento: 57 - 31 DIAS DA DATA - Rua Maria Pierda, 930 - Barra Funda, São Paulo - SP, 01152-000. Telefone Procon - 151 COORD. DO CLIENTE: 790262 Placa(08L4496/SP) NF emitida nos termos da Portaria CAT (27/2015 e art. 434 do RICMS/SP - IPF reduzido a zero conf. doc. 7660 23/12/2011) ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTÃO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPOORTAR OS RISCOS DAS OPERAÇÕES DE TRANSPORTE E QUE ATENEMOS AS EXIGÊNCIAS DA REGULAMENTAÇÃO RESOLUÇÃO 5.998/2022 DA ANTT.		RESERVADO AO FISCO Em 24/07/23, 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 15/2023, processo n.º 7057/2023 de 20/07/23. <i>Pixila</i>	

Identificação do emitente AIR LIQUIDE BRASIL LTDA RUA RONALDO CLADSTONE NEGRU, 897 NOVA APARECIDA Cap/13068-072 CAMPINAS/SP Fone: 0173813088	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA D-ENTRADA ☐ 1-SAÍDA N. 000349353 SÉRIE 200 FOLHA 02/02	 CHAVE DE ACESSO DA NF-E 3523 0700 3317 8800 1603 5520 0000 3493 5312 4870 2169 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 135231186266515 2407/2023 12:50:45
--	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 244659881112	INSCRIÇÃO DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ/CPF 00.331.788/0016-03
---	------------------------------------	---------------------------------------

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES****RESERVADO AO FISCO**

ALERTAMOS QUE OS EQUIPAMENTOS DE NOSSA PROPRIEDADE CEDI- DOS AOS NOSSOS CLIENTES E REVENDEDORES DESTINAM-SE EXCLUSIVAMENTE AO ACONDICIONAMENTO DOS GASES POR NOS FORNECIDOS E NAO PODEM, SOB HIPOTHESE OU CONDIÇÕES, SEREM TROCADOS, ADULTERADOS OU ALIENADOS.NF emitida nos termos da Portaria CAT 127/2015 e art. 434 do RICMS/SP - SP1 redigido a termo conf. doc. 7690 23/12/2011 LOCAL DE ENTREGA: Endereço: R. OSWALDO CRUZ 70 Bairro: Tlaxiaco, CENTRO Município: CHARQUEADA CEP: 13515000 UF: SP País: Brasil E-mail: adriano@airliquide.com.br

23/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 11:56:38
366803668 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-1

BCO CITIBANK S.A.

74593180150756202800600031771462194430000137884
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: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 01.501
DATA DE VENCIMENTO 15/08/2023
DATA DO PAGAMENTO 15/08/2023
VALOR DO DOCUMENTO 1.378,84
VALOR COBRADO 1.378,84

NR.AUTENTICACAO B.3F0.FE5.834.4E2.07D

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 0888
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JF303158 ROSEMARY DOS SANTOS RODRIGUES.

M 70

Instruções de impressão
 Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não usar modo econômico).
 Utilizar folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada.

Recibo do Pagador

citibank

745-5

74593.18015 07562.028006 00031.771462 1 944300000137884

Beneficiário AIR LIQUIDE BRASIL LTDA. Avenida Morumbi, 8234 04703-001 SANTO AMARO SÃO PAULO SP		Agência / Código do Beneficiário 001/107562028-3		Espécie R\$	Quantidade	Caterra / Nosso número 000003177146
Número do documento 1564751		CPF/CNPJ 00331788000118		Vencimento 15/06/2023		Valor documento R\$ 1.378,84
(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções	(-) Juros / Multa	(+) Outras adições	(=) Valor cobrado		
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA CNPJ: 51.421.278/0001-68 R OSWALDO CRUZ, 70 CENTRO - CHARQUEADA/SP - CEP: 13515-000						

Informações
 JRS: Vt p/Dia Atraso - R\$ 1,36 APOS 15.06.23
 MULTA DE R\$ 27,58 (2,00 %) A PARTIR DE 16/06/23
 ATENÇÃO !!! -> SEGUNDA-VIA
 PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.

NOTA FISCAL: 0347885

Assinatura médica

Corte na linha pontilhada

citibank

745-5

74593.18015 07562.028006 00031.771462 1 944300000137884

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO						Vencimento 15/06/2023
Beneficiário AIR LIQUIDE BRASIL LTDA. Avenida Morumbi, 8234 04703-001 SANTO AMARO SÃO PAULO SP						Agência / Código Beneficiário 001/107562028-3
Data do documento 11/07/2023	Nº documento 1564751	Espécie doc. DM	Acerto N	Data processamento 17/07/2023	Caterra / Nosso número 000003177146	
Usos do fisco	Caterra R\$	Espécie R\$	Quantidade	(=) Valor	(=) Valor documento R\$ 1.378,84	
Informações (Título de responsabilidade do beneficiário) JRS: Vt p/Dia Atraso - R\$ 1,36 APOS 15.06.23 MULTA DE R\$ 27,58 (2,00 %) A PARTIR DE 16/06/23 ATENÇÃO !!! -> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.						(-) Desconto / Abatimento (-) Outras deduções (-) Juros / Multa (+) Outras adições (=) Valor cobrado
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA CNPJ: 51.421.278/0001-68 R OSWALDO CRUZ, 70 CENTRO - CHARQUEADA/SP - CEP: 13515-000						Assinatura médica - Ficha de Compensação

Seu / Análise

Cód. Fisco



Corte na linha pontilhada

RECEBEMOS DE AIR LIQUIDE BRASIL LTDA (OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INSCRITA AO LADO)		NF-e N. 000347685 SÉRIE 200											
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR												
Identificação do emitente AIR LIQUIDE BRASIL LTDA RUA RONALD CLADSTONE NEGRIL 307 NOVA APARECIDA CxP 03669-072 CAMPINAUSP Fone: 087813080		DANFE DOCUMENTO ACESSAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA ENTRADA 1 1-SAÍDA N. 000347685 SÉRIE 200 FOLHA 01/03	 CHAVE DE ACESSO DA NF-E 3523 0700 3317 8800 1603 5520 0000 3476 8518 4514 0781 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 MERCADORIAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 1352310276880 11/07/2023 12:11:40											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 34625480110		INSCRIÇÃO DO SUBST.TRIB. CNPICPF 00.331.708/0016-03											
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOMENCLATURA SOCIAL HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE DE CHARQUEADA ENDEREÇO R OSWALDO CRUZ, 39 MUNICÍPIO CHARQUEADA		CNPICPF 11.421.279/0001-18 DATA DE EMISSÃO 11/07/2023 DATA ENTRADA/SAÍDA 13513000 MIRA ENTRADA/SAÍDA											
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOMENCLATURA SOCIAL ENDEREÇO R OSWALDO CRUZ MUNICÍPIO CHARQUEADA		CNPICPF 11.421.279/0001-18 INSCRIÇÃO ESTADUAL 13513000 CEP 13513000 UF SP											
FATURA 001 11/07/2023 1.378,94													
CÁLCULO DO IMPORTE													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.378,94		VALOR DO ICMS 248,20											
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00											
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00											
DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00											
VALOR DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 1.378,94											
TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADO													
RAZÃO SOCIAL TRANSPORTADORA INTEGRIDADE PONTUAL LTDA ENDEREÇO R. OLINDA MARIA DE JESUS 140		FRETE POR CONTA O-REMETENTE CÓDIGO ANTE PLACA DO VEÍCULO UF CNPICPF 36.454.768/0001-36											
QUANTIDADE 12		ESPECIE CILINDROS											
MARCA 020185011		NUMERAÇÃO PESO BRUTO 1113,291											
PESO LÍQUIDO 101,691													
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/HS	COT.	CFOP	UN	QNTD.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALICMS	ALIP
10060029	ONG 1072 OXIGENIO, COM PRIMIDO 2.2 (3.1) III O OXIGENIO-GASOSO MEDICINA L-CIL 10.0 M	28044000	000	5104	M3	60,0000	11,4904	689,42	689,42	234,10	0,00	0,00%	0,00%
10060029	ONG 1002 AR, COMPRIMID O 2.2 (3.1) III AR SINTE TICO MEDICINAL - CILIND RO 10.0 M	28334090	000	5103	M3	60,0000	11,4904	689,42	689,42	234,10	0,00	0,00%	0,00%
CÁLCULO DO IBSQN													
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO IBSQN		VALOR DO IBSQN							
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES COD. DEPART. FISCAL: 20 Processo: 1352310276880 No Viagem (16503) Ench (20) - Lote: 20040936 / 20041033 / 20041708 / 20041790 / 20041728 / 20041489 / NF de Carga: Série: 200 Número: 0346852 Data de Carga 04/07/2023 - Forma de pagamento: Boleto Bancário sera enviado em ate 2 dias contando para o(s) email(s): adriandeb@hotmail.com. Condições de Pagamento: 5T - 15 DIAS DA DATA - Rua Barra Funda, 930 - Barra Funda, São Paulo - SP, 01152-000. Telefone Pósser - 151 CODIGO DO CLIENTE: 796262 Placa(DRL/449/SP) NF emitida nos termos da Portaria CAT 127/2013 e art. 434 do RICMS/SP - IPI redução a zero conf. doc 7640 23/12/2011 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____ DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTÃO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS E ESTIVADOS PARA SUPOARTAR OS RISCOS DAS OPERAÇÕES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS				RESERVADO AO FISCO Em 11/07/23, 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 15/2023, processo n.º 97057/2023 de 20/07/23. Priscila									



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3322311479861511
23/08/2023 11:56:3823/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 11:56:38
366803668 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-1
=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090000303260271012311140003794410000210000

BENEFICIARIO:

BELIVE COMERCIO P H EIRELI

NOME FANTASIA:

BELIVE COMERCIO P H EIRELI

CNPJ: 14.335.544/0003-80

BENEFICIARIO FINAL:

BELIVE COMERCIO P H EIRELI

CNPJ: 14.335.544/0003-80

PAGADOR:

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC

CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 81.481

DATA DE VENCIMENTO 13/08/2023

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2023

VALOR DO DOCUMENTO 2.100,00

VALOR COBRADO 2.100,00

NR.AUTENTICACAO 7.F82.293.C2D.E92.8D7

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0801 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 0888

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Beneficiário BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		Ag./Cod. Beneficiário 2711/23111-4		Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora) () Mudou-se () Ausente () Não existe nº () Recusado () Não Procurado () Falecido () Desconhecido () End. Insuf. () Outros	
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		Nosso Número 000/303260			
Vencimento 13/08/2023	N. do Documento 30908/INPECT	Espécie R\$	Valor do Documento 2.100,00		
Recebemos o bloqueto de características acima	Data	Assinatura	Data	Entregador	

Local Pagamento: ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ OU BANERJ APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ OU BANERJ					Vencimento 13/08/2023
Beneficiário BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA					Agência / Código Beneficiário 2711/23111-4
Data do Documento 03/08/2023	No. do Documento 30908/INPECT	Espécie Doc. DP	Aceite N	Data do Processamento 03/08/2023	Nosso Número 000/303260
Uso do Banco:	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 2.100,00
Instruções: (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário) Após o vencimento cobrar multa de R\$ 42 Após o vencimento cobrar juros de R\$ 7,00 Protestar após 10 dias do vencimento					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções (Abatimento)
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA RUA OSWALDO CRUZ 13515000 - CHARQUEADA - SP					Cod. Interno: 00000588 CGC: 31421279000118
Pagador / Avalista:					
Autenticação Mecânica					Recibo do Pagador

Local Pagamento: ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ OU BANERJ APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ OU BANERJ					Vencimento 13/08/2023
Beneficiário BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA					Agência / Código Beneficiário 2711/23111-4
Data do Documento 03/08/2023	No. do Documento 30908/INPECT	Espécie Doc. DP	Aceite N	Data do Processamento 03/08/2023	Nosso Número 000/303260
Uso do Banco:	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 2.100,00
Instruções: (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário) Após o vencimento cobrar multa de R\$ 42 Após o vencimento cobrar juros de R\$ 7,00 Protestar após 10 dias do vencimento					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções (Abatimento)
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA RUA OSWALDO CRUZ 13515000 - CHARQUEADA - SP					COD. INTERNO: 00000588 CGC: 31421279000118
Pagador / Avalista:					Código de Barra
Autenticação Mecânica					Ficha de Compensação





DELIVE COMERCIO DE
PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
RUA ARLINDO NATAL, 333
Bairro: UBERABA
81586-460 Curitiba - PR
Fone: (41)3618-0582

DOCUMENTO
ANEXAR DA NOTA
FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA

Nº 30.909
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO	4123.0814.3355.4400.0300.5500.1000.0309.0910.1422.5110
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
DADOS DA NF-e	141230200254331 - 03/08/2023 18:03:02

NATUREZA DA OPERAÇÃO
6108 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

413638

INSCRIÇÃO ESTADUAL 9070749863 INSC ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO CNPJ 14.335.544/0003-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		CNPJ 51.421.279/0001-18	DATA EMISSÃO 03/08/2023
ENDEREÇO RUA OSWALDO CRUZ, 70		BARRIO/DISTRITO CENTRO	CEP 13515-000
MUNICÍPIO Charqueada		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FONE / FAX (019)3486-1296		HORA DA SAÍDA 18:03:01	

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO		BARRIO/DISTRITO	CEP
MUNICÍPIO		UF	FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS
30909/1 - 13/08/23 - 2.100,00

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
2.100,00	252,00	0,00	0,00	2.100,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		PRETE POR CONTRA AGENTE	0	COGEO ANO	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO				UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
10	CAIXAS			148,0000	148,0000		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NEN	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	QTD UNID	SPED	OTIM	VALOR EXC. ICMST	VALOR BÁSIC. IPI	VALOR TOTAL	BÁSIC. ICMST	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
475 30040000	FISIOLÓGICO 0,9% 30ML, AZUL 122C CX100ML BAXTER Princípio Ativo: CLORETO DE SÓDIO Modelo: HOSPITALAR Lote: PRO7052 - 06/07/2023 - 06/11/2023 Número do PCT: D5623473-04CN-440A-822A-03R1 (BARRICA) / CEST 13 104 00	100 0100	CX	10,0000	210,0000	0,0000	2.100,00	2.100,00	252,00	0,00	12,00	0,00

BOLETO ANEXO

Em 03/08/23, 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 15/2023, processo n.º 70571/2023 de 20/07/23. *Precisa*

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
/ Número do Pedido BELIVE 31545 / Atente-se para boletins bancários, trabalhistas
surteiros com Itau e Bradesco. Havendo suspeita entre em contato conosco. /

RESERVADO AO FISCO

MATERIAIS DESCRITOS
NESTA NOTA FISCAL

07/08/23
Luana Almeida



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3360813273438501
08/08/2023 13:36:1608/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 13:36:16
366803668 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090000124282012259682710005194360000501460

BENEFICIARIO:

J P INDUSTRIA FARMACEUTICA SA

NOME FANTASIA:

J P INDUSTRIA FARMACEUTICA SA

CNPJ: 55.972.087/0001-50

BENEFICIARIO FINAL:

J P INDUSTRIA FARMACEUTICA SA

CNPJ: 55.972.087/0001-50

PAGADOR:

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC

CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 00.001

DATA DE VENCIMENTO 08/08/2023

DATA DO PAGAMENTO 08/08/2023

VALOR DO DOCUMENTO 5.014,60

VALOR COBRADO 5.014,60

NR.AUTENTICACAO 1.FBF.CE7.156.94C.86E

Central de Atendimento BB

0804 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.

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

Beneficiário JP IND FARMACEUTICA SA - CNPJ: 55.872.087/0001-50	Agência/Cód. Beneficiário 0125/96827-1	Nro. Documento 000208932	☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não existe nº indicado ☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Endereço insuficiente ☐ Desconhecido ☐ Falecido ☐ Outros (anotar no verso)
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH	Vencimento 08/08/2023	Valor do Documento 5.014,60	
Recebeu(emiss) o boleto/boleto com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO MESMO APOS O VENCIMENTO	Vencimento 08/08/2023				
Beneficiário/CNPJ/Endereço JP IND FARMACEUTICA SA - CNPJ: 55.872.087/0001-50 AV CASTELO BRANCO 999 - RIBEIRAO PRETO - SP 14095-000	Agência/Código Beneficiário 0125/96827-1				
Data do Documento 10/07/2023	Nro. Documento 000208932	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 12/07/2023	Nosso Número 109/00012426-2
Uso do Boleto Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 5.014,60	
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 5,01 (0,1%) AO DIA COBRANCA ESCRITURAL CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOME NTE EM BANCO					☐ Desconto/Abatimento ☐ Outras Deduções ☐ Mora/Multa ☐ Outras Acréscimos ☐ Valor Cobrado
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH TRAV OSVALDO CRUZ 70 - CENTRO CHARQUEADA - SP - 13510000 CNPJ: 51.421.279/0001-18					
Sacador/Avalista					
Autenticação Médica					

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO MESMO APOS O VENCIMENTO	Vencimento 08/08/2023				
Beneficiário/CNPJ/Endereço JP IND FARMACEUTICA SA - CNPJ: 55.872.087/0001-50 AV CASTELO BRANCO 999 - RIBEIRAO PRETO - SP 14095-000	Agência/Código do Beneficiário 0125/96827-1				
Data do Documento 10/07/2023	Nro. Documento 000208932	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 12/07/2023	Nosso Número 109/00012426-2
Uso do Boleto Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 5.014,60	
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 5,01 (0,1%) AO DIA COBRANCA ESCRITURAL CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOME NTE EM BANCO					☐ Desconto/Abatimento ☐ Outras Deduções ☐ Mora/Multa ☐ Outras Acréscimos ☐ Valor Cobrado
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH TRAV OSVALDO CRUZ 70 - CENTRO CHARQUEADA - SP - 13510000 CNPJ: 51.421.279/0001-18					Ficha de Compensação
Sacador/Avalista					Autenticação Médica



341910900801242820125968271000501460

RECEBEMOS DE JP IND FARMACEUTICA SA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL Nº 000208932		SEFAZ
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000208932 SÉRIE 1

 JP FARMA	Identificação do emitente JP IND FARMACEUTICA SA AV CASTELO BRANCO, 899 LAGOINHA Cx. 14899-800 RIBEIRÃO PRETO/SP Fone: 16/9123000	DANFE DOCUMENTO AUTENTICADO NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA N. 000208932 SÉRIE 1 FOLHA 01/01	 CHAVE DE ACESSO DA NF-E 3523 0755 9720 8700 0150 5500 1000 2089 3212 1127 1164 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 PRODUTO	411290	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135231091151280 16/07/2023 16:55:56.03.00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0620473118	INSCRIÇÃO DO CONTRIBUÍTOR	CNPJ/CPF 01.922.087/0001-51

DESTAFAHORIA DE TESTE		CNPJ/CPF 01.421.378/0001-15	DATA DE EMISSÃO 16/07/2023
NOME RAZÃO SOCIAL HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH		CEP 13515-000	DATA ENTRADA NA ZONA 16/07/2023
ENDEREÇO RUA CRUZADO CRUZ, 78		MUNICÍPIO RIBEIRÃO PRETO	HORA ENTRADA NA ZONA 16:44:00
MUNICÍPIO RIBEIRÃO PRETO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
CEP 13515-000			

CÁLCULO DO DIFERENCIAL					
BASE DE CÁLCULO DOS IMPOSTOS	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO DO IMPOSTO SUBSTITUÍDO	VALOR DO IMPOSTO SUBSTITUÍDO	VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS	
0,00	351,36	0,00	0,00	351,36	
VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO DESCONTO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IMPOSTO	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	351,36

TRANSPORTADOR/VOLTES TRANSPORTADAS					
RAZÃO SOCIAL PATRUS TRANSPORTES URGENTES LTDA		TRETE POR CONTA O-REMETENTE	CODIGO ANEX	PLACA DO VEÍCULO	UF
ENDEREÇO R. MOURÃO CORREIA, 216 - 213		MUNICÍPIO RIBEIRÃO PRETO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 30	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				34,800	34,300

DADOS DO PREÇO DO SERVIÇO											
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD. SERV.	NÚMERO	QTD	UNID	UN. QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	REAJUSTO	V.UNITARIO	V.TOTAL	ALIC. ICMS
5045	FISIOTERAPIA 0,9% 100 ML BOLSAS Lote 2086 23 Validade 10/06/2025	3000000	020	100	100,0000	5,780000	1.156,00	1.156,00	5,78	1.156,00	0,00 12,00% 0,00%
5046	FISIOTERAPIA 0,9% 250 ML BOLSAS Lote 1951 23 Validade 21/06/2025	3000000	020	100	100,0000	4,420000	1.547,00	942,32	308,30	0,00 12,00% 0,00%	
5047	FISIOTERAPIA 0,9% 500 ML BOLSAS Lote 1781 23 Validade 05/06/2025	3000000	020	100	100,0000	5,400000	1.080,00	671,25	75,75	0,00 12,00% 0,00%	
5048	GLICOLINA 1% 500 ML BOLSAS PVC Lote 8812 23 Validade 06/06/2025	3000000	020	100	100,0000	4,130000	413,00	204,14	34,69	0,00 12,00% 0,00%	
Em 30 / 07 / 23, 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 15 / 2023, processo n.º 7057/2023 de 30 / 07 / 23.											

CÁLCULO DO ICMS	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS
	0620473118			

DADOS ADICIONAIS	RESERVA DE AUTENTICIDADE
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo 135231091151280 - FIM - CÉDULA NÃO DEVIDO COM CRÉDITO PRESUMIDO - LEX 10.548/02 - ALÍQ. ICMS CONF. ART. 14 DO CTN E ICMS BOM E REDUÇÃO BASE CÁLC. RED. CONF. ANEXO II ART. 12 RIB. SP/SP	RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL 13 / 07 / 23 Liana Amada

04/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:54:45
366803668 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-1
=====

BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891123130048790718082079261051494320000556900

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 80.402

DATA DE VENCIMENTO 04/08/2023

DATA DO PAGAMENTO 04/08/2023

VALOR DO DOCUMENTO 5.569,00

VALOR COBRADO 5.569,00

NR.AUTENTICACAO 6.AB4.361.9D5.A27.08B

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 0888

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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



748-X

Recibo do Pagador

Local de Pagamento				Vencimento	
Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.				04/08/2023	
Beneficiário		CPF/CNPJ		Agência / Código do Beneficiário	
LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE		47080235000102		0718.82.07926	
Data do Documento	Nº do Documento	Emissão Doc.	Arquivo	Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
02/08/2023	0452	DMI	N	02/08/2023	23/100487-9
Espécie Moeda		Quantidade Moeda	Valor Moeda		(=) Valor do Documento
REAL					R\$5.569,00
Instruções				(+) Desconto / Abatimento	
				(+) Outras Deduções	
				(+) Juros / Multa	
				(+) Outros Acréscimos	
				(=) Valor Cobrado	
Pagador					
HOSPITAL E MATERN. BEN. CHARQUEADA - 51421279000118					
CHARQUEADA SP 13515000					
RUA OSWALDO CRUZ, 70 -					
Beneficiário Final				Código de Rastreio	

Assinatura eletrônica do Uniqua SP
Do banco:
Este código só tem validade caso o pagamento do cheque pelo banco pagador.
NÃO o vencimento assinalado em qualquer agência bancária.



748-X

74891.12313 00487.907180 82079.261051 4 94320000556900

Local de Pagamento				Vencimento	
Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.				04/08/2023	
Beneficiário		CPF/CNPJ		Agência / Código do Beneficiário	
LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE		47080235000102		0718.82.07926	
Data do Documento	Nº do Documento	Emissão Doc.	Arquivo	Data de Processamento	Nosso Número
02/08/2023	0452	DMI	N	02/08/2023	23/100487-9
Espécie Moeda		Quantidade Moeda	Valor Moeda		(=) Valor do Documento
REAL					R\$5.569,00
Instruções				(+) Desconto / Abatimento	
				(+) Outras Deduções	
				(+) Juros / Multa	
				(+) Outros Acréscimos	
				(=) Valor Cobrado	
Pagador					
HOSPITAL E MATERN. BEN. CHARQUEADA - 51421279000118					
CHARQUEADA SP 13515000					
RUA OSWALDO CRUZ, 70 -					
Beneficiário Final				Código de Rastreio	



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE LTDA

Avenida 13 de maio, 305
F Bairro: Vila Santa Edwiges
13874-235 São João da Boa Vista - SP

Fone: (19)3631-1979

DANFE

DOCUMENTO
ANEXADO À NOTA
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 452

SÉRIE: 1

FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCAL



CHAVE DE ACESSO

3523.0047.0002.3500.0102.5500.1000.0004.5210.0002.3703

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

DADOS DA NF-e

135231249582156 - 02/08/2023 17:10:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5405 VENDA MER SUBST DENTRO DO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

639.197.316.110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

47.080.235/0001-02

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

HOSPITAL E MATERN. BENEFICIENTE DE CHARQUEADA

CNPJ

51.421.279/0001-18

DATA EMISSÃO

02/08/2023

ENDEREÇO

RUA OSWALDO CRUZ, 70

Bairro/DISTRITO

CENTRO

CEP

13515-000

DATA DA SAÍDA

02/08/2023

MUNICÍPIO

Charqueada

FONE/FAX

(019)3486-1333

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

17:09:53

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CEP

FONE/FAX

FATURA/DUPPLICATAS

04/08/23 - 5569,00

CALCULO 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

5.569,00

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

5.569,00

ALÍQ. IPI

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

QUANTIDADE

40

ESPECIE

VOLUM

MARCA

PRETORIA CONTRA

NUMEROUS

DESTINATARIO

0

CODIGO ANNT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,0000

PESO LÍQUIDO

0,0000

ES

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

FORMA PRODUTO NOME	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	EST CNPJ	UNID	QTD	VALOR UNITARIO	VAL. DESP UNIT PERIC	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS ST OM=0	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS
07 3004000	BOLICAO FISIOLOGICO 100 ML Lote: 217723 - 11/07/2023 Qtd: 1000.00 / CEST: 13.004.00	060 5403	BOL	1000.0000	3,7600	0,0000 0,0000%	3.760,00	0,00	0,00 0,00	0,00	0,00
09 3004000	BOLICAO FISIOLOGICA 300 ML BOLICA Lote: 205723 - 30/06/2023 Qtd: 200.00 / CEST: 13.004.00	060 5403	BOL	200.0000	3,0800	0,0000 0,0000%	1.016,00	0,00	0,00 0,00	0,00	0,00
12 3004000	BOLICAO FISIOLOGICO 1000 ML Lote: 217723 - 11/07/2023 Qtd: 100.00 / CEST: 13.004.00	060 5403	BOL	100.0000	7,0000	0,0000 0,0000%	700,00	0,00	0,00 0,00	0,00	0,00

Em 02/08/23, recebi e conferi as
mercadorias e / ou serviços constantes
nesta Nota Fiscal/Racibo. Essa despesa foi
paga com o termo de convênio firmado com

a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.
45/2003, processo n.º 7057/2023
de 20/07/23.

Notária

RECEBI E CONFERI OS
MATERIAIS DESCRITOS
NESTA NOTA FISCAL

03/08/23

Dux



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3370312513107091
03/08/2023 13:00:37

03/08/2023 - BANCO DO BRASIL - 13:00:37
366803668 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.211-3

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399224524260000000609872801015894310000191893

BENEFICIARIO:

J P INDUSTRIA FARMACEUTICA S/A

NOME FANTASIA:

3 P INDUSTRIA FARMACEUTICA S/A.

CNPJ: 55.972.087/0001-50

BENEFICIARIO FINAL:

3 P INDUSTRIA FARMACEUTICA S/A.

CNPJ: 55.972.087/0001-50

PAGADOR:

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE

CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 88.381

DATA DE VENCIMENTO 03/08/2023

DATA DO PAGAMENTO	03/08/2023
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	1.918,93
--------------------	----------

VALOR COBRADO	1.918,93
---------------	----------

NR.AUTENTICACAO C.76F.B4B.3D4.2B6.F79

Central de Atendimento 88

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0000 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

888 729 9722

Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvigatoria

888 729 5678

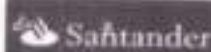
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

888 729 0888

Informações, reclamações, cancelamento de cartão,
outros produtos e serviços de Ouvidoria.

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

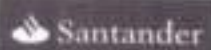


033-7

Comprovante de Entrega

M 70

Beneficiário JP IND FARMACEUTICA SA - CNPJ: 35.572.067/0001-30	Agência/Cód. Beneficiário 0019-1/224542-6	Nro. Documento 000207488-2	☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não existe nº indicado ☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Endereço insuficiente ☐ Desconhecido ☐ Falecido ☐ Outros (anotar no verso)
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH	Vencimento 03/08/2023	Valor do Documento 1.918,93	
Receber(em) o boleto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	



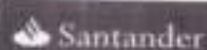
033-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO	Vencimento 03/08/2023				
Beneficiário/CNPJ/Endereço JP IND FARMACEUTICA SA - CNPJ: 35.572.067/0001-30 AV CASTELO BRANCO 999 - RIBEIRAO PRETO - SP 14265-000	Agência/Código Beneficiário 0019-1/224542-6				
Data do Documento 20/06/2023	Nro. Documento 000207488-2	Espécie Doc. DM	Acerto N	Data do Processamento 22/06/2023	Nosso Número 00098728
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 1.918,93
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$... 1,92 (0,1%) AO DIA COBRANÇA ESCRITURAL CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO SANTANDER,, PAGAR SOM ENTE EM BANCO					☐ Desconto/Abatimento ☐ Outras Deduções ☐ Mora/Multa ☐ Outros Acréscimos ☐ Valor Cobrado
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH TRAV OSVALDO CRUZ 70 - CENTRO CHARQUEADA - SP - 13515000 CNPJ: 51.421.279/0001-18					

Secador/Avalista

Autenticação Mecânica



033-7

03399.22452 42600.000006 09872.801015 8 94310000191893

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO	Vencimento 03/08/2023				
Beneficiário/CNPJ/Endereço JP IND FARMACEUTICA SA - CNPJ: 35.572.067/0001-30 AV CASTELO BRANCO 999 - RIBEIRAO PRETO - SP 14265-000	Agência/Código do Beneficiário 0019-1/224542-6				
Data do Documento 20/06/2023	Nro. Documento 000207488-2	Espécie Doc. DM	Acerto N	Data do Processamento 22/06/2023	Nosso Número 00098728
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 1.918,93
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$... 1,92 (0,1%) AO DIA COBRANÇA ESCRITURAL CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO SANTANDER,, PAGAR SOM ENTE EM BANCO					☐ Desconto/Abatimento ☐ Outras Deduções ☐ Mora/Multa ☐ Outros Acréscimos ☐ Valor Cobrado
Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CH TRAV OSVALDO CRUZ 70 - CENTRO CHARQUEADA - SP - 13515000 CNPJ: 51.421.279/0001-18	Ficha de Compensação				

Secador/Avalista

Autenticação Mecânica



03399431000019189322452426000000000987280101

