

## ANEXO RP-11 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR – TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - 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(IS) PELA CONVENIADA:** Paulo Francisco do Nascimento

**CPF:** 123.767.938-90

**OBJETO:** Execução de serviços de atenção à Saúde, a nível ambulatorial e hospitalar, aos usuários do SUS/Charqueada.

**EXERCÍCIO:** 2024

**ORIGEM DOS RECURSOS (1):** MUNICIPAL

| DOCUMENTO                                         | DATA       | VIGÊNCIA                | VALOR - R\$ |
|---------------------------------------------------|------------|-------------------------|-------------|
| Contratualização 06/2024<br>Processo – 11682/2023 | 01/01/2024 | 01/01/2024 a 31/12/2024 | 540.000,00  |
| 1º Termo Aditivo                                  | 31/01/2024 | 31/01/2024 a 31/12/2024 | 356.184,00  |

| 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\$) |
| 30/10/2024                                                    | 29.682,14               | 30/10/2024      | 553.668.000.011.352            | 29.682,14                |
|                                                               |                         |                 |                                |                          |
|                                                               |                         |                 |                                |                          |
|                                                               |                         |                 |                                |                          |
|                                                               |                         |                 |                                |                          |
|                                                               |                         |                 |                                |                          |
|                                                               |                         |                 |                                |                          |
|                                                               |                         |                 |                                |                          |
| (A) SALDO DO MÊS ANTERIOR                                     |                         |                 |                                | 31.313,60                |
| (B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS                                  |                         |                 |                                | 60.995,74                |
| (C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS |                         |                 |                                | 2,84                     |
| (D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)     |                         |                 |                                | 0,00                     |
| (E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B + C + D)                |                         |                 |                                | 60.998,58                |
|                                                               |                         |                 |                                |                          |
| (F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA                |                         |                 |                                | 635,00                   |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)        |                         |                 |                                | 61.633,58                |

(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 Outubro/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 (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                                       | 1.978,36                                      |                                                                                    | 1.978,36                                                                  | 1.978,36                                                 |                                                                              |
| Material médico e hospitalar (*)                   | 9.603,27                                      |                                                                                    | 9.603,27                                                                  | 9.603,27                                                 |                                                                              |
| Gêneros alimentícios                               | 1.346,39                                      |                                                                                    | 1.346,39                                                                  | 1.346,39                                                 |                                                                              |
| Outros materiais de consumo                        |                                               |                                                                                    |                                                                           |                                                          |                                                                              |
| Serviços médicos (*)                               |                                               |                                                                                    |                                                                           |                                                          |                                                                              |
| Outros serviços de terceiros                       | 36.475,69                                     |                                                                                    | 36.475,69                                                                 | 36.475,69                                                |                                                                              |
| Locação de imóveis                                 |                                               |                                                                                    |                                                                           |                                                          |                                                                              |
| Locações diversas                                  | 184,80                                        |                                                                                    | 184,80                                                                    | 184,80                                                   |                                                                              |
| Utilidades públicas (7)                            | 400,00                                        |                                                                                    | 400,00                                                                    | 400,00                                                   |                                                                              |
| Combustível                                        |                                               |                                                                                    |                                                                           |                                                          |                                                                              |
| Bens e materiais permanentes                       |                                               |                                                                                    |                                                                           |                                                          |                                                                              |
| Obras                                              |                                               |                                                                                    |                                                                           |                                                          |                                                                              |
| Despesas financeiras e bancárias                   |                                               |                                                                                    |                                                                           |                                                          |                                                                              |
| Outras despesas                                    |                                               |                                                                                    |                                                                           |                                                          |                                                                              |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>49.988,51</b>                              |                                                                                    | <b>49.988,51</b>                                                          | <b>49.988,51</b>                                         |                                                                              |

(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                     | 61.633,58 |
| (J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)                             | 49.988,51 |
| (K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]                    | 11.645,07 |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO                              | 0,00      |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L) | 11.645,07 |

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 Outubro de 2024.

---

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
PRESIDENTE

☐ Visualizar Resumos


## Consultas - Extrato de conta corrente

0330511428679350016  
01/11/2024 15:19:34

## Cliente - Conta atual

Agência 3668-4  
 Conta corrente 17212-X HOSPITAL M B CHARQUEADA  
 Período do extrato 10 / 2024

## Lançamentos

| Dt. balancete | Dt. movimento | Ag. origem | Lote  | Histórico                                                               | Documento           | Valor R\$   | Saldo  |
|---------------|---------------|------------|-------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|--------|
| 30/09/2024    |               | 0000       | 00000 | 000 Saldo Anterior                                                      |                     |             | 0,00 C |
| 01/10/2024    |               | 0000       | 13105 | 109 Pagamento de Boleto<br>ENGEL GERADORES LTDA                         | 100.101             | 4.275,00 D  |        |
| 01/10/2024    |               | 0000       | 13105 | 393 TED Transf.Eletr.Disponív<br>104.4901 036348411000110 MIGUELAS PRES | 100.102             | 24.204,09 D |        |
| 01/10/2024    |               | 0000       | 00000 | 848 Resgate Automático<br>BB RF Curto Prazo Automático                  | 1.972               | 28.479,09 C | 0,00 C |
| 02/10/2024    |               | 0000       | 13105 | 109 Pagamento de Boleto<br>ATIVA COM L HOSPITALAR LTDA                  | 100.201             | 849,76 D    |        |
| 02/10/2024    |               | 0000       | 00000 | 848 Resgate Automático<br>BB RF Curto Prazo Automático                  | 1.972               | 849,76 C    | 0,00 C |
| 03/10/2024    |               | 0000       | 13105 | 109 Pagamento de Boleto<br>SUPERMEDICA HOSPITALAR                       | 100.301             | 1.710,37 D  |        |
| 03/10/2024    |               | 0000       | 00000 | 848 Resgate Automático<br>BB RF Curto Prazo Automático                  | 1.972               | 1.710,37 C  | 0,00 C |
| 21/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 870 Transferência recebida<br>21/10 10:39 HOSP M B CHARQUEDA            | 553.668.000.005.150 | 635,00 C    |        |
| 21/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 870 Transferência recebida<br>21/10 15:50 HOSP M B CHARQUEDA            | 553.668.000.005.150 | 11,16 C     |        |
| 21/10/2024    |               | 0000       | 00000 | 271 BB-APLIC C.PRZ-APLAUT<br>BB RF Curto Prazo Automático               | 1.972               | 646,16 D    | 0,00 C |
| 23/10/2024    |               | 0000       | 13105 | 109 Pagamento de Boleto<br>AIR LIQUIDE BRASIL L                         | 102.301             | 896,25 D    |        |
| 23/10/2024    |               | 0000       | 00000 | 848 Resgate Automático<br>BB RF Curto Prazo Automático                  | 1.972               | 896,25 C    | 0,00 C |
| 30/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 870 Transferência recebida<br>30/10 13:52 CUSTEIO ESTADO-FDO M SAU      | 553.668.000.011.352 | 29.882,14 C |        |
| 30/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 470 Transferência enviada<br>30/10 15:33 BELLA PLANTA SUPERMERCAD       | 553.668.000.000.300 | 690,94 D    |        |
| 30/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 470 Transferência enviada<br>30/10 15:33 BELLA PLANTA SUPERMERCAD       | 553.668.000.000.300 | 365,43 D    |        |
| 30/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 470 Transferência enviada<br>30/10 15:33 PANSERINI & P L EEP            | 553.668.000.000.319 | 290,02 D    |        |
| 30/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 470 Transferência enviada<br>30/10 15:33 EDMARIO MARCOLINO DO PRA       | 553.668.000.011.486 | 1.640,00 D  |        |
| 30/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 470 Transferência enviada<br>30/10 15:33 EDMARIO MARCOLINO DO PRA       | 553.668.000.011.486 | 1.220,00 D  |        |
| 30/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 470 Transferência enviada<br>30/10 15:33 CRESPILO CONTABILIDADE         | 553.668.000.106.889 | 3.636,00 D  |        |
| 30/10/2024    |               | 3668       | 99015 | 470 Transferência enviada                                               | 556.823.000.024.176 | 565,00 D    |        |

|                                      |      |       |                                                                         |         |                    |
|--------------------------------------|------|-------|-------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| 30/10 15:33 IVANI BARBOSA DE CAMARGO |      |       |                                                                         |         |                    |
| 30/10/2024                           | 0000 | 13105 | 109 Pagamento de Boletô<br>LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE                | 103.001 | 1.513,40 D         |
| 30/10/2024                           | 0000 | 13105 | 109 Pagamento de Boletô<br>ATIVA COML HOSPITALAR LTDA                   | 103.002 | 1.128,60 D         |
| 30/10/2024                           | 0000 | 13105 | 109 Pagamento de Boletô<br>AIR LIQUIDE BRASIL L                         | 103.003 | 184,80 D           |
| 30/10/2024                           | 0000 | 13105 | 393 TED Transf.Eletr.Disponiv<br>748 0718 043765275000129 COMERCIAL FOR | 103.004 | 400,00 D           |
| 30/10/2024                           | 0000 | 13105 | 393 TED Transf.Eletr.Disponiv<br>748 0718 033699813000170 DANIEL ALEXAN | 103.005 | 350,00 D           |
| 30/10/2024                           | 0000 | 13105 | 393 TED Transf.Eletr.Disponiv<br>748 0718 033699813000170 DANIEL ALEXAN | 103.006 | 500,00 D           |
| 30/10/2024                           | 0000 | 13105 | 393 TED Transf.Eletr.Disponiv<br>104 3605 014818390000116 JANDER EDUARD | 103.007 | 1.661,60 D         |
| 30/10/2024                           | 0000 | 00000 | 271 BB-APLIC C.PRZ-APLAUT<br>BB RF Curto Prazo Automático               | 1.972   | 15.537,35 D 0,00 C |
| 31/10/2024                           | 0000 | 13105 | 393 TED Transf.Eletr.Disponiv<br>748 3009 029288851000163 PONGELUPPE TE | 103.101 | 2.700,00 D         |
| 31/10/2024                           | 0000 | 13105 | 109 Pagamento de Boletô<br>AIR LIQUIDE BRASIL L                         | 103.102 | 1.208,25 D         |
| 31/10/2024                           | 0000 | 00000 | 848 Resgate Automático<br>BB RF Curto Prazo Automático                  | 1.972   | 3.908,25 C         |
| 31/10/2024                           | 0000 | 00000 | 999 S A L D O                                                           |         | 0,00 C             |

-----  
OBSERVAÇÕES:  
-----

Transação efetuada com sucesso por: JF303155 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.



## Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G334011428679388082  
01/11/2024 15:30:24

## Cliente

Agência 3668-4  
Conta 17212-X HOSPITAL M B CHARQUEADA  
Mês/ano referência OUTUBRO/2024

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

| Data       | Histórico            | Valor     | Valor (RPrej. Comp. | Valor IOF | Quantidade cotas | Valor cota  | Saldo cotas   |
|------------|----------------------|-----------|---------------------|-----------|------------------|-------------|---------------|
| 30/09/2024 | SALDO ANTERIOR       | 31.302,44 |                     |           | 24.169,869924    |             |               |
| 01/10/2024 | RESGATE              | 29.479,09 | 2,24                | 7,95      | 21.991,166863    | 1,295487419 | 2.178,703061  |
|            | Aplicação 02/09/2024 | 1.618,32  | 2,17                | 0,29      | 1.251,098991     |             |               |
|            | Aplicação 30/09/2024 | 26.860,77 | 0,07                | 7,66      | 20.740,067672    |             |               |
| 02/10/2024 | RESGATE              | 849,76    |                     | 0,47      | 656,103055       | 1,295878739 | 1.522,600008  |
|            | Aplicação 30/09/2024 | 849,76    |                     | 0,47      | 656,103055       |             |               |
| 03/10/2024 | RESGATE              | 1.710,37  | 0,03                | 1,37      | 1.320,539970     | 1,296265194 | 202,060036    |
|            | Aplicação 30/09/2024 | 1.710,37  | 0,03                | 1,37      | 1.320,539970     |             |               |
| 21/10/2024 | APLICAÇÃO            | 646,16    |                     |           | 496,689116       | 1,300934484 | 698,749152    |
| 23/10/2024 | RESGATE              | 696,25    | 0,24                | 0,64      | 689,192709       | 1,301711393 | 9,556443      |
|            | Aplicação 30/09/2024 | 262,48    | 0,24                | 0,30      | 202,060036       |             |               |
|            | Aplicação 21/10/2024 | 633,77    |                     | 0,34      | 487,132673       |             |               |
| 30/10/2024 | APLICAÇÃO            | 15.537,35 |                     |           | 11.916,284930    | 1,303656532 | 11.927,841373 |
| 31/10/2024 | RESGATE              | 3.906,25  | 0,01                | 1,12      | 2.997,886081     | 1,304045549 | 8.929,955292  |
|            | Aplicação 21/10/2024 | 12,45     |                     | 0,01      | 9,555443         |             |               |
|            | Aplicação 30/10/2024 | 3.893,80  | 0,01                | 1,11      | 2.988,329638     |             |               |
| 31/10/2024 | SALDO ATUAL          | 11.645,07 |                     |           | 8.929,955292     |             | 8.929,955292  |

## Resumo do mês

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| SALDO ANTERIOR       | 31.302,44 |
| APLICAÇÕES (+)       | 16.183,51 |
| RESGATES (-)         | 35.843,72 |
| RENDIMENTO BRUTO (+) | 16,91     |
| IMPOSTO DE RENDA (-) | 2,52      |
| IOF (-)              | 11,55     |
| RENDIMENTO LÍQUIDO   | 2,64      |
| SALDO ATUAL =        | 11.645,07 |

## Valor da Cota

|            |             |
|------------|-------------|
| 30/09/2024 | 1,295101735 |
| 31/10/2024 | 1,304045549 |

## Rentabilidade

|                  |        |
|------------------|--------|
| No mês           | 0,6905 |
| No ano           | 6,6397 |
| Últimos 12 meses | 8,1344 |

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria 88 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



## Extratos - Investimentos Fundos / CDB

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
01/11/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 15:27:02  
366803668

EXTRATO UNIFICADO DE FUNDOS  
PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X  
CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C  
=====

BB RF CP Automatico CNPJ 42.592.315/0001-15  
Valor Cota p/dia 31.10.2024 R\$ 1,304045549  
Valor Cota p/dia 01.11.2024 R\$ 1,304434891  
=====

| Data Historico | Valor     | Qtde.Cotas  |
|----------------|-----------|-------------|
| 3110 Sdo Ant.  | 11.645,07 | 8929,955292 |
| 0111 Sdo Final | 11.648,55 | 8929,955292 |

=====

Rentabilidades %  
No mes: 0,0298  
No ano: 6,6715  
Ultimos 12 meses: 8,1344  
=====

Nao houve lancamentos no periodo  
=====

Saldos Calculados ate 01.11.2024

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| Saldo Bruto               | 11.648,55 |
| IR Estimado               | 0,10-     |
| IR Complementar           | 0,01-     |
| IDF                       | 6,46-     |
| Saldo Liquido p/Resgate   | 11.641,98 |
| Saldo Carencia P/ Resgate | 8,00      |

=====

Perfil do Investidor: Não identificado  
Carteira de Investimentos: Não identificado  
=====

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: JF303159 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3350112434431681  
01/10/2024 12:48:4201/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 12:48:42  
366803668 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

BANCO INTER

07790001161209005539800474413929198560000427500

BENEFICIARIO:

ENGEL GERADORES LTDA

NOME FANTASIA:

ENGEL GERADORES LTDA

CNPJ: 52.286.035/0001-32

BENEFICIARIO FINAL:

ENGEL GERADORES LTDA

CNPJ: 52.286.035/0001-32

PAGADOR:

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE

CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 100.101

DATA DE VENCIMENTO 01/10/2024

DATA DO PAGAMENTO 01/10/2024

VALOR DO DOCUMENTO 4.275,00

VALOR COBRADO 4.275,00

NR.AUTENTICACAO 2.8A8.4F0.23A.B50.BC0

Central de Atendimento BB

0800 0801 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0801 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 0888

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



**Boleto Pix**  
**R\$ 4.275,00**

Quem vai receber:  
**ENGEL GERADORES LTDA**



**Pague sua cobrança via Pix, o  
recebimento é instantâneo.**

Leia o QR Code no seu celular.



Beneficiário  
52.286.035/0001-32 - ENGEL GERADORES LTDA  
Endereço do Beneficiário  
RUA EPHIGENIA MIOTTO CESTA 750 , 13408-016 PIRACICABA - SP

|                                  |                                                  |                                  |                        |            |                    |                     |
|----------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|------------|--------------------|---------------------|
| Pagador                          | HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA |                                  | Vencimento             | 01/10/2024 | Valor do Documento | 4.275,00            |
| Agência / Código do Beneficiário | 00019/309590671                                  | Nosso Número / Cód. do Documento | 00019/112/9004744139-2 |            |                    | Autenticação Médica |



**077-9**

**07790.00116 12090.055398 00474.413929 1 98560000427500**

|                                                 |                 |                   |                  |                       |                                  |                        |
|-------------------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------------|
| Local De Pagamento                              |                 |                   |                  |                       | Vencimento                       | 01/10/2024             |
| PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO                       |                 |                   |                  |                       | Agência / Código do Beneficiário | 00019/309590671        |
| Beneficiário                                    |                 |                   |                  |                       | Nosso Número / Cód. do Documento | 00019/112/9004744139-2 |
| 52.286.035/0001-32 - ENGEL GERADORES LTDA       |                 |                   |                  |                       | Valor do Documento               | 4.275,00               |
| Data do Documento                               | Nº do Documento | Espécie Documento | Acce             | Data de Processamento |                                  |                        |
| 03/09/2024                                      | FATURA55-002    | DM                | NÃO              | 03/09/2024            |                                  |                        |
| Uso do banco                                    | Carteira        | Espécie Moeda     | Quantidade Moeda | Valor Moeda           |                                  |                        |
|                                                 | 112             | BRL               |                  |                       |                                  |                        |
| Informações de responsabilidade do beneficiário |                 |                   |                  |                       | (-) Desconto / Abatimento        |                        |
|                                                 |                 |                   |                  |                       | (-) Outras Deduções              |                        |
|                                                 |                 |                   |                  |                       | (+/-) Mora / Multa               |                        |
|                                                 |                 |                   |                  |                       | (+/-) Outras Acréscimos          |                        |
|                                                 |                 |                   |                  |                       | (*) Valor cobrado                |                        |

Data Limite para pagamento: 31/10/2024

|                    |                                                                                                                         |                              |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Pagador            | HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA<br>RUA OSWALDO CRUZ 70<br>JARDIM SÃO BENEDITO, 13517-032 CHARQUEADA/SP | CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18 |
| Beneficiário Final | ENGEL GERADORES LTDA                                                                                                    | CNPJ/CPF: 52.286.035/0001-32 |



Autenticação Médica

Ficha de Compensação

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|
| Recibimos de ENGEL GERADORES LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão 03/09/2024 Valor Total: R\$ 8.550,00. Destinatário: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA RUA OSWALDO CRUZ, 70 - SAO BENEDITO - Charqueada/SP |                                         | NF-e<br>Nº 000.000.055<br>SÉRIE: 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                 | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                                    |

|                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b><br><br><b>ENGEL GERADORES LTDA</b><br><br>RUA EPHIGENIA MIOTTO CESTA, 750<br>JARDIM MARIA - Piracicaba - SP<br>CEP: 13408-016 Fone: (19)39246-3993 |  | <b>DANFE</b><br>Documento Auxiliar da<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br><b>1</b><br><br>Nº 000.000.055<br>SÉRIE: 1<br>FOLHA: 1/1 | <br><b>CHAVE DE ACESSO</b><br>3524 0952 2860 3500 0132 5500 1000 0000 5510 1424 3379<br><br>Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a><br>ou no site da Sefaz Autorizadora<br><br>PROTOCOLO DE AUTENTICAÇÃO: 135241947838190 03/09/2024 11:43:43<br>EMP: 52.286.035/0001-32 |
| <b>VENDE DE MERCADORIA</b><br>125.746.753.113                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b><br>HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA<br>RUA OSWALDO CRUZ, 70<br>Charqueada<br>FONE: (19)3486-1333<br>SP |  | CPF/CNPJ: 51.421.279/0001-18<br>CNPJ: 13517-032<br>DATA DE EMISSÃO: 03/09/2024<br>DATA DE CANCELAMENTO: 03/09/2024<br>HORA DE EMISSÃO: 11:43:37 |
| <b>FATURA/DUPLICATA</b>                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                 |

| CÁLCULO DO IMPOSTO      |      |               |      |                        |      |
|-------------------------|------|---------------|------|------------------------|------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 0,00 | VALOR DO ICMS | 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO IPI | 0,00 |
| VALOR DO IPI            | 0,00 | VALOR DO IPI  | 0,00 | VALOR DO IPI           | 0,00 |
| VALOR DO IPI            | 0,00 | VALOR DO IPI  | 0,00 | VALOR DO IPI           | 0,00 |
| VALOR DO IPI            | 0,00 | VALOR DO IPI  | 0,00 | VALOR DO IPI           | 0,00 |
| VALOR DO IPI            | 0,00 | VALOR DO IPI  | 0,00 | VALOR DO IPI           | 0,00 |

|                                            |  |                               |  |                                |                        |        |                  |
|--------------------------------------------|--|-------------------------------|--|--------------------------------|------------------------|--------|------------------|
| <b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |  | PARTICULARIDADE: 9-sem transp |  | COODATA: 0000                  | PLACA DO VEÍCULO: 0000 | UF: SP | CÓDIGO: 0000     |
| ENTRADA: 0000                              |  | SAÍDA: 0000                   |  | NÚMERO DE ENCAMINHAMENTO: 0000 |                        | UF: SP | MODALIDADE: 0000 |
| QUANTIDADE: 0000                           |  | UNIDADE: 0000                 |  | NÚMERO DE ENCAMINHAMENTO: 0000 |                        | UF: SP | MODALIDADE: 0000 |

| CODIGO | PRODUTO                                                   | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | QUANTIDADE | UNIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | ICMS | ICMS     | ICMS     |
|--------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|------------|---------|----------------|-------------|------|----------|----------|
| COD002 | PAINEL DE COMANDO RAIO-X LIGA/DESLIGA TRIFASICO 220V 100A |                              | 85371090   | 0500    | 5405           | UN          | 1    | 8.550,00 | 8.550,00 |

Em 03/09/24, 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 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 31/01/24. *Anilda*

|                                                      |                          |                          |                |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b><br>NÚMERO DE EMISSÃO: 672510 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b><br>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.<br>FATURA: 55-001, VENCIMENTO: 03/09/2024, VALOR: R\$ 4.275,00<br>FATURA: 55-002, VENCIMENTO: 01/10/2024, VALOR: R\$ 4.275,00 | <b>RECEBIMENTO</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
01/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 12.48.42  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X  
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA  
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGENCIA: 4901-8 - CIDADE DE CHARQUEADA  
CONTA: 748-3

FAVORECIDO: MIGUELAB PRESTACAO DE SERVICOS DE A  
CPF/CNPJ: 36.348.411/0001-10  
VALOR: R\$ 24.204,00  
DEBITO EM: 01/10/2024  
=====

DOCUMENTO: 100102  
AUTENTICACAO SISBB: B.7F5.C6E.CEA.30C.66D

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

# NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

|                                                                                                                                                          |  |                                                                                   |                     |                 |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| MIGUELAB PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANALISES CLINICAS                                                                                                      |  |  | Número da NFSe      |                 |                    |
| RUA ANTONIO FURLAN, 609<br>CEP: 13515-000 - Bairro: SAO BENEDITO<br>Município: Charqueada - SP<br>E-mail: labmiguelab@gmail.com<br>Fone: (19) 92001-5870 |  |                                                                                   | 202400000000124     |                 |                    |
| CNPJ / CPF                                                                                                                                               |  | Inscrição Estadual                                                                | Inscrição Municipal | Data do Serviço | Código Verificador |
| 36.348.411/0001-10                                                                                                                                       |  | ****                                                                              | 132/21              | 30/09/2024      | f7effaa3c          |

|                                                                                                                                            |                |                   |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------------|
| PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CHARQUEADA/SP<br>Secretaria Municipal da Fazenda<br>Fone: (19) 3186-5000 - charqueada.gov.br/cloud/NFSe/Portal/ | Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Tributado no Município |
|                                                                                                                                            | 30/09/2024     | Exigível          | Charqueada/SP          |

|                                                                       |                     |                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------|
| TOMADOR DO SERVIÇO                                                    |                     | Município de Prestação do Serviço |           |
| Nome / Razão Social<br>HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA |                     | Charqueada/SP                     |           |
| Endereço<br>RUA OSWALDO CRUZ, 70                                      |                     |                                   |           |
| Cidade                                                                | UF                  | Fone                              | CEP       |
| Charqueada                                                            | SP                  | (19) 3486-1333                    | 13517-032 |
| Bairro<br>SAO BENEDITO                                                |                     |                                   |           |
| CNPJ / CPF / NEF                                                      | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual                |           |
| 51.421.279/0001-18                                                    | 052/74              | 0                                 |           |
| E-mail<br>adm@hmbc.org.br                                             |                     |                                   |           |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO |            |
| Nome / Razão Social      | CNPJ / CPF |
| *****                    | *****      |
| E-mail                   | Fone       |
|                          | Cidade     |
|                          | *****      |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                  | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|---------------|--------|
| EXAMES LABORATORIAIS REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO DE 2024.<br>CNPJ: 36.348.411/0001-10<br>CAIXA ECONOMICA FEDERAL BANCO 104<br>AGENCIA: 4901<br>COD. OP: 003<br>CONTA CORRENTE: 748-3. Alíquota Efetiva: 3,4031902376%. | 24.204,09   | 3,40  | 823,71        | Não    |

|                                                                                                                                                                       |                        |                          |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Código do Serviço                                                                                                                                                     |                        | Código NBS               |                           |
| 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. |                        | *****                    |                           |
| ICMS                                                                                                                                                                  | ICMS                   | ICMS Importação          | ICMS                      |
| 0,00                                                                                                                                                                  | 0,00                   | 0,00                     | 0,00                      |
| OP                                                                                                                                                                    | PI                     | MS/PASER                 | Alíquota B/P Alíquota C/P |
| 0,00                                                                                                                                                                  | 0,00                   | 0,00                     | 0,00                      |
| Base Cálculo ISENT Proprio                                                                                                                                            | Valor do ISENT Proprio | Base Cálculo ISENT Renda | Valor do ISENT Renda      |
| 24.204,09                                                                                                                                                             | 823,71                 | 0,00                     | 0,00                      |
| Valor Total da NFS-e                                                                                                                                                  | 24.204,09              | Valor Líquido da NFS-e   | 24.204,09                 |

|                                                                                                                                                  |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Informações Adicionais                                                                                                                           |  |
| NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.                                                                                        |                                                                                       |
| NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI<br>Lei 12741/2012; Mun: R\$398,73; Est: R\$0,00; Fed: R\$3255,45; Total Aprox: R\$4054,18. Fonte: IBPT. |                                                                                       |

Consulta realizada em 30/09/2024 às 09:30:04.  
Para consultar a autenticidade acesse: charqueada.gov.br/cloud/NFSe/Portal/



|                                                                        |                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recebi(amos) de<br>MIGUELAB PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANALISES CLINICAS | Número da NFS-e                        | Número de Controle do Município                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                        | 202400000000124                        |                                                                                                                                                                                                                                        |
| na serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.     | Competência                            | Em 30/09/24, 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 06/2024, processo n.º 11682/2023 |
|                                                                        | 30/09/2024                             |                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                        | NFS-e                                  |                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                        | f7effaa3c                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Data                                                                   | Identificação e assinatura do receptor |                                                                                                                                                                                                                                        |

Consulta realizada em 30/09/2024 às 09:30:04  
Para consultar a autenticidade acesse: charqueada.gov.br/cloud/NFSe/Portal/

de 30/09/24. *Pirila*



## Emissão de comprovantes - 3o nível

02/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:57:09  
366883668 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090000402671086553928070001298570000004976

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 100.201

DATA DE VENCIMENTO 02/10/2024

DATA DO PAGAMENTO 02/10/2024

VALOR DO DOCUMENTO 849,76

VALOR COBRADO 849,76

NR.AUTENTICACAO C.259.142.7C0.500.882

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 0888

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

Transação efetuada com sucesso por: JF303150 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

|                                                                                                                                    |                                                 |                                        |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Beneficiário:<br><b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA</b>                                                                            | Agência/Cód.Beneficiário<br><b>0865/39280-7</b> | Data do Documento<br><b>02/09/2024</b> | Vencimento<br><b>02/10/2024</b>      |
| Pagador:<br>HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE<br>CHARQUEADA (1523)<br>R OSWALDO CRUZ,070 - CENTRO<br>13515-000 - CHARQUEADA-SP | Número Documento<br>131972-01                   | Nosso Número:<br>00040267              | Valor do Documento:<br><b>849,76</b> |

Autenticação Mecânica

**341-0**

**34191.09008 04026.710865 53928.070001 2 98570000084976**

|                                                                                                                                                                                       |                                       |                            |                        |                                         |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Local de Pagamento:                                                                                                                                                                   |                                       |                            |                        |                                         | Vencimento<br><b>02/10/2024</b>                 |
| Beneficiário<br><b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38</b>                                                                                                            |                                       |                            |                        |                                         | Agência/Cód.Beneficiário<br><b>0865/39280-7</b> |
| Endereço<br><b>RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP</b>                                                                                                                     |                                       |                            |                        |                                         |                                                 |
| Data do documento:<br><b>02/09/2024</b>                                                                                                                                               | No. do documento:<br><b>131972-01</b> | Espécie doc:<br><b>DM</b>  | Assinatura<br><b>N</b> | Data Processamento<br><b>02/09/2024</b> | Cart. Nosso Número<br><b>109.00040267-1</b>     |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                          | Carteira<br><b>109</b>                | Espécie Moeda<br><b>RS</b> | Quantidade             | (+) Valor                               | (=) Valor do Documento<br><b>849,76</b>         |
| Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)<br><br>PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R\$ 0,57 AO DIA<br>PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R\$ 17,00<br>PROTESTAR 2 DIAS APOS VENCIMENTO |                                       |                            |                        |                                         | (-) Descontos/Abatimento                        |
|                                                                                                                                                                                       |                                       |                            |                        |                                         | (-) Outros Deduções                             |
|                                                                                                                                                                                       |                                       |                            |                        |                                         | (+) Mora Multa                                  |
|                                                                                                                                                                                       |                                       |                            |                        |                                         | (-) Outros Acréscimos                           |
|                                                                                                                                                                                       |                                       |                            |                        |                                         | (-) Valor Contrado                              |

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (1523)  
R OSWALDO CRUZ,070 - CENTRO  
13515-000 - CHARQUEADA-SP

51.421.279/0001-19

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação







## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3310314235045341  
03/10/2024 14:30:5303/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:30:53  
366803668 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

=====

BCO BRADESCO S.A.

=====

23796458039000001608486000464502498580000171037

BENEFICIARIO:

SUPERMEDICA HOSPITALAR

NOME FANTASIA:

SUPERMEDICA HOSPITALAR

CNPJ: 06.065.614/0001-38

BENEFICIARIO FINAL:

SUPERMEDICA HOSPITALAR

CNPJ: 06.065.614/0001-38

PAGADOR:

HOSPITAL E MATER BENEFIC DE CHARQUE

CNPJ: 51.421.279/0001-18

=====

NR. DOCUMENTO 100.301

DATA DE VENCIMENTO 03/10/2024

DATA DO PAGAMENTO 03/10/2024

VALOR DO DOCUMENTO 1.710,37

VALOR COBRADO 1.710,37

=====

NR.AUTENTICACAO 0.303.804.843.306.584

=====

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.



237-2

Comprovante de Entrega

|                                                                        |  |                                                      |  |                                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Beneficiário<br>SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA GO                 |  | Agência / Código do Beneficiário<br>6458-0/0004645-0 |  | Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)                                                                |  |
| Pagador<br>4888-HOSPITAL E MATER BENEFIC DE CHARQUEADA                 |  | Nosso Número<br>09/00000166886-5                     |  | <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe fil.             |  |
| Vencimento<br>03/10/2024                                               |  | Número do Documento<br>F-294372/1                    |  | <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente |  |
| Especie<br>REAL                                                        |  | Valor do Documento<br>1.710,37                       |  | <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falado <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso) |  |
| Recebemos o Título<br>com as características acima                     |  | Data                                                 |  | Assinatura                                                                                                              |  |
| Local de pagamento<br>Pagar preferencialmente nas agências do BRADESCO |  | Data do processamento<br>03/09/2024                  |  |                                                                                                                         |  |



237-2

Recibo do Pagador

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |                                                      |  |                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|
| Beneficiário<br>SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA GO                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CNPJ/CPF<br>06.065.614/0001-38    |  | Sociedade / Avalista                                 |  | Vencimento<br>03/10/2024                            |  |
| Endereço Beneficiário / Sacador Avalista<br>RUA C-159 N 686 QD 297 LT 08-09-18-19-20 - JARDIM AMERICA - GOIANIA/GO 74255140                                                                                                                                                                                                                |  |                                   |  |                                                      |  |                                                     |  |
| Nosso Número<br>09/00000166886-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Carteira<br>09                    |  | Especie<br>REAL                                      |  | Quantidade                                          |  |
| Data do Documento<br>03/09/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Número do Documento<br>F-294372/1 |  | Especie Documento<br>DM                              |  | Acerto<br>N                                         |  |
| Data do Processamento<br>03/09/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Valor do Documento<br>1.710,37    |  | Agência / Código do Beneficiário<br>6458-0/0004645-0 |  |                                                     |  |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO: Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br>PROTESTAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO PRAÇA DE PAGAMENTO APARECIDA DE GOIÂNIA.<br>Cobrar juros de R\$ 3,42 por dia de atraso para pagamento após o vencimento.<br>Cobrar multa de R\$34,21 para pagamento após o vencimento. |  |                                   |  |                                                      |  | <input type="checkbox"/> Desconto                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |                                                      |  | <input type="checkbox"/> Outras Deduções/Abatimento |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |                                                      |  | <input type="checkbox"/> Mora / Multa / Juros       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |                                                      |  | <input type="checkbox"/> Outros Acréscimos          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |                                                      |  | <input type="checkbox"/> Valor Cobrado              |  |

Pagador: 4888-HOSPITAL E MATER BENEFIC DE CHARQUEADA

CPF / CNPJ: 51421279000118

Endereço: R OSWALDO CRUZ Nº 70, - CENTRO - 13515000 - CHARQUEADA / SP

Beneficiário Final: CPF / CNPJ

Código de Baixa

Recebemos através do cheque número do banco

Autenticação Mecânica

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

237-2

23796.45803 90000 016684 86000.464502 4 985800000171037

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| Local de pagamento<br>Pagar preferencialmente nas agências do BRADESCO                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Vencimento<br>03/10/2024          |  |
| Beneficiário<br>SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA GO                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CNPJ / CPF<br>06.065.614/0001-38  |  |
| Agência / Código do Beneficiário<br>6458-0/0004645-0                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                   |  |
| Data do Documento<br>03/09/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Número do Documento<br>F-294372/1 |  |
| Especie Doc<br>DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Acerto<br>N                       |  |
| Data do Processamento<br>03/09/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Nosso Número<br>09/00000166886-5  |  |
| Uso do Banco<br>0763                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Carteira<br>09                    |  |
| Especie<br>REAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Quantidade                        |  |
| Valor<br>1.710,37                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                   |  |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO: Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br>PROTESTAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO PRAÇA DE PAGAMENTO APARECIDA DE GOIÂNIA.<br>Cobrar juros de R\$ 3,42 por dia de atraso para pagamento após o vencimento.<br>Cobrar multa de R\$34,21 para pagamento após o vencimento. |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Desconto                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Outras Deduções/Abatimento                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Mora / Multa / Juros                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Outros Acréscimos                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Valor Cobrado                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                   |  |

Pagador: 4888-HOSPITAL E MATER BENEFIC DE CHARQUEADA

CPF / CNPJ: 51421279000118

Endereço: R OSWALDO CRUZ Nº 70, -

CENTRO

13515000 - CHARQUEADA / SP

Beneficiário Final: CPF / CNPJ

Código de Baixa

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO





SUPERMÉDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA  
RUA C 159 N 686 QD 297 LT 08-09-18-19-20  
JARDIM AMÉRICA  
GOIÂNIA-GO - CEP: 74.255-140  
Telefone: (62) 3928-8980

# DANFE

Documento Auxiliar de  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1

1 - Saída

Nº 000.294.372

Série 001

Folha 1 de 2



CHAVE DE ACESSO

5224 0906 0656 1400 0138 5500 1000 2943 7212 4478 0318

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA P/CONS FINAL INTERES

INSCRIÇÃO ESTADUAL

106039750

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT

809011270115

CNPJ

06.965.614/0001-38

RAZÃO SOCIAL / ESTABELEC

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFACTOR DE CHAUQUEADA

CNPJ / CFP

51.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO

03/09/2024 10:00

ENDEREÇO

R OSWALDO CRUZ N.º 70

BARRIO / DISTRITO

CENTRO

CE

13.515-000

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

03/09/2024

MUNICÍPIO

CHARQUEADA

UF

SP

INSCRIÇÃO

ISENTO

HORA DA SAÍDA

DATA

03/09/2024

VALOR

1.710,37

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.214,97

VALOR DO ICMS

58,59

BASE DE CÁLCULO DO ICMS-ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUÍDO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.710,37

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO LPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.710,37

NOME / RAZÃO SOCIAL

AQUILA TRANSPORTES DE CARGAS LTDA - GO

PREÇO POR CONTA

0 - EMISSOR

1 - DESTINATÁRIO

CODIGO ANTI

PLACA DO VEÍCULO

UF

GO

CNPJ / CFP

03.608.196/0002-70

ENDEREÇO

R MARIA CONCEIÇÃO DAS DORES QD 20 LT 6 A9

MUNICÍPIO

APARECIDA DE GOIÂNIA

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104672510

QUANTIDADE

3

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

11,000

PESO LÍQUIDO

11,000

VALOR DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| COD PROD | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                                                            | LOTES      | VALIDADE   | NOME / AB | CESSA | CTOP  | UNID | QUANT | PMC  | VALOR UNITÁRIO | DESCONTO | VALOR TOTAL | ICMS   | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR IPI | VALOR IPI |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|-------|-------|------|-------|------|----------------|----------|-------------|--------|------------|-----------|-----------|-----------|
| 0000992  | - COLAR CERVICAL RESGATE INFANTIL - Desconto de desoneração 0 - marca RESGATE                | A008       | 30/11/2031 | 90211020  | 040   | 6.108 | PC   | 6     | 0,00 | 14.0000        | 0,00     | 84,00       | 0,00   | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00      |
| 0001159  | - COLETOR URINA ADE SIST FECHADO 2LTS C/PUNTO - Desconto de desoneração 0 - marca DISCARPACK | B0C102K-24 | 26/02/2029 | 39269040  | 020   | 6.108 | LIN  | 50    | 0,00 | 3.0000         | 0,00     | 150,00      | 125,00 | 15,00      | 0,00      | 12,00     | 0,00      |
| 0005182  | - KIT C/ATETER DUPLO LUMEN 7FR-30CM CVC RETO - Desconto de desoneração 0 - marca IMOMED      | 2552110643 | 30/06/2026 | 90185219  | 040   | 6.108 | KET  | 6     | 0,00 | 64.3000        | 0,00     | 385,80      | 0,00   | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00      |
| 0000580  | - C/ATETER INTRAVENOSO C/AG N.22G C/100 - Desconto de desoneração 0 - marca POLYMER          | 1121490    | 31/10/2028 | 90187926  | 200   | 6.108 | CX   | 6     | 0,00 | 81.2261        | 0,00     | 487,56      | 387,56 | 19,49      | 0,00      | 4,00      | 0,00      |
| 0005144  | - SCALP VACUO N. 25G C/100 - Desconto de desoneração 0 - marca LABOR IMPORT                  | 20250830   | 31/08/2028 | 30061090  | 200   | 6.108 | CX   | 1     | 0,00 | 40.0293        | 0,00     | 40,03       | 40,03  | 1,40       | 0,00      | 4,00      | 0,00      |
| 0002196  | - SCALP VACUO N. 25G C/100 - Desconto de desoneração 0 - marca LABOR IMPORT                  | 20250630   | 30/06/2028 | 30183929  | 200   | 6.108 | CX   | 1     | 0,00 | 37.5783        | 0,00     | 37,58       | 37,58  | 1,50       | 0,00      | 4,00      | 0,00      |
| 0002151  | - ELETRODO DESC (ECG) ADE C/50 C/GEL - Desconto de desoneração 0 - marca MEDEX               | 2700X3918  | 30/06/2028 | 30183929  | 200   | 6.108 | CX   | 1     | 0,00 | 10.5000        | 0,00     | 525,00      | 525,00 | 21,00      | 0,00      | 4,00      | 0,00      |

Em 03/09/24, 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 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 31/01/24. Pixila

3 9 24  
Luciana Arruda



## Emissão de comprovantes - 3o nível

G3312315325931861  
23/10/2024 15:38:5223/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:38:52  
366803668 8881

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

BCO CITIBANK S.A.

745931881587562828006000388638156987880000889625

BENEFICIARIO:

AIR LIQUIDE BRASIL L

NOME FANTASIA:

AIR LIQUIDE BRASIL L

CNPJ: 08.331.788/0001-19

BENEFICIARIO FINAL:

AIR LIQUIDE BRASIL L

CNPJ: 08.331.788/0001-19

PAGADOR:

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICIENTE

CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 102.381

DATA DE VENCIMENTO 23/10/2024

DATA DO PAGAMENTO 23/10/2024

VALOR DO DOCUMENTO 896,25

VALOR COBRADO 896,25

NR. AUTENTICACAO 9.32E.D14.DA1.CEF.147

Central de Atendimento BB

4004 8881 Capitais e regioes metropolitanas

8888 729 8881 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

8888 729 8722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria

8888 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

8888 729 0088

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

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



745-5

Recibo do Sacado/Pagador

## Local de Pagamento

PARQUE DA REDE BANCAITA ATN. VINCIMENTO

## Cedente/Beneficiário

ATA LIGITE BRASIL S.  
Avenida Marçal, 2224 - JARDIM  
CNPJ 081.786.700/1-19

## Data documento

23/12/2024

## No documento

000400017

## Especie doc

TRC

## Acerto

S

## Data

23/12/2024

## Uso do Boleto

Boleto para crédito

## Carteira

142

## Especie

BR

## Quantidade

## Valor

## Instruções (texto de responsabilidade do cedente/beneficiário)

NÃO É VÁLIDA SE NÃO FOR ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO  
NOME: VICTOR, FELIX DE SOUZA  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Recebimento previsto da cheque n°

do Banco

Este boleto só será válido após pagamento do cheque pelo Banco sacado/credenciado.

LIGITE O VINCIMENTO - BOLETO ONTICHAH SAS - PREGIAR SEM ATENDIMENTO - 8 FOLHAS DE 1420  
EM QUALQUER BANCO, EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR  
0142012 11 22 11 21 10

## Sacado/Pagador

BOLETO E HABILITACÃO, BARRAGEM DE C.  
CNPJ 0142012/0001-19  
R. CORAÇÃO CORA, 70  
FONE

## Vencimento

23/12/2024

## Cedente/Beneficiário Agência/Código

001 0142012/0001-19

## Número

000400017

## Valor do documento

R\$ 1.420,00

## Desconto

## Outras deduções/abatimento

## Além Muta

## Outras Anotações

## Valor cobrado

## Beneficiário Final

Autenticação Nacional



745-5

74593.18015 07562.028006 00038.863015 6 98780000089625

## Local de Pagamento

PARQUE DA REDE BANCAITA ATN. VINCIMENTO

## Cedente/Beneficiário

ATA LIGITE BRASIL S.  
Avenida Marçal, 2224 - JARDIM  
CNPJ 081.786.700/1-19

## Data documento

23/12/2024

## No documento

000400017

## Especie doc

TRC

## Acerto

S

## Data

23/12/2024

## Uso do Boleto

Boleto para crédito

## Carteira

142

## Especie

BR

## Quantidade

## Valor

## Instruções (texto de responsabilidade do cedente/beneficiário)

NÃO É VÁLIDA SE NÃO FOR ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO  
NOME: VICTOR, FELIX DE SOUZA  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....LIGITE O VINCIMENTO - BOLETO ONTICHAH SAS - PREGIAR SEM ATENDIMENTO - 8 FOLHAS DE 1420  
EM QUALQUER BANCO, EM CASO DE DÚVIDA, LIGAR  
0142012 11 22 11 21 10

## Sacado/Pagador

BOLETO E HABILITACÃO, BARRAGEM DE C.  
CNPJ 0142012/0001-19  
R. CORAÇÃO CORA, 70  
FONE

## Vencimento

23/12/2024

## Cedente/Beneficiário Agência/Código

001 0142012/0001-19

## Número

000400017

## Valor do documento

R\$ 1.420,00

## Desconto

## Outras deduções/abatimento

## Além Muta

## Outras Anotações

## Valor cobrado

## Beneficiário Final

Ficha de Compensação

Autenticação Nacional





30/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:33:52  
366803668 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

\*\*\*\*\*  
DATA DA TRANSFERENCIA 30/10/2024

NR. DOCUMENTO 553.668.000.000.300

VALOR TOTAL 690,94

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BELLA PLANTA SUPERMERCADO

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300-X

NR. DOCUMENTO 553.668.000.017.212

\*\*\*\*\*

NR. AUTENTICACAO F.7C5.E98.3BE.A2B.162



30/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:33:52  
366803668 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

DATA DA TRANSFERENCIA 30/10/2024

NR. DOCUMENTO 553.668.000.000.300

VALOR TOTAL 365,43

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BELLA PLANTA SUPERMERCADO

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 300-X

NR. DOCUMENTO 553.668.000.017.212

NR. AUTENTICACAO B.E3D.D00.238.E92.4C5

Nº 4  
Nº 3089  
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



BELLA PLANTA SUPERMERCADOS LTDA  
RUA SILVIO ZANONI, 300 CENTRO  
CHARQUEADA - SP  
CEP: 13.515-000  
FONE: (19) 34869090

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DE NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº 3089  
SÉRIE 1  
FOLHA 1  
PÁGINA 1 DE 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35240937728936000143550010000030891000033088

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135242141323459 - 2024-09-25T10:37:41-03:00

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA BASE EMISSÃO DE REG. NA ECF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

266024043115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE 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

25/09/2024

ENDEREÇO

RUA OSWALDO CRUZ, 70

BARRIO / DISTRITO

BOA VISTA

CEP

13.515-000

DATA ENTRADA / SAÍDA

25/09/2024

MUNICÍPIO

CHARQUEADA

FONE / FAX

(19) 34861333

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA ENTRADA / SAÍDA

10:33:00

FATURA / DUPLICATA

VENCIMENTO(S): 25/10/2024 - 365,43

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

60,60

VALOR DO ICMS

10,90

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST

0,00

VALOR DO ICMS SUBST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

365,43

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IM

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

365,43

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

27

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NOMESH   | CEP | CDIMP | UNID   | QUANT | VALOR UNITÁRIO | DESC | VALOR TOTAL | VALOR LÍQUIDO | BASE CÁLCULO ICMS | ICMS ST | ICMS | ICMS ST | ICMS | ICMS ST | ICMS  | ICMS ST |
|--------|-----------------------------------|----------|-----|-------|--------|-------|----------------|------|-------------|---------------|-------------------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|
| 30323  | PLV REPOLHO VERDE KG              | 37049000 | 340 | 5.809 | KG0001 | 4.825 | 2.4898         | 0.00 | 12.26       | 12.26         | 0.00              | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 0.00  | 0.00    |
| 30018  | PLV MAMÃO FORMOSA KG              | 08072000 | 340 | 5.809 | KG0001 | 3.170 | 5.0811         | 0.00 | 28.19       | 28.19         | 0.00              | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 0.00  | 0.00    |
| 30020  | PLV BANANA PRATA KG               | 08080000 | 340 | 5.809 | KG0001 | 1.940 | 5.0870         | 0.00 | 9.27        | 9.27          | 0.00              | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 0.00  | 0.00    |
| 09510  | SAL REFREGADO BOM S&C             | 28010000 | 028 | 5.906 | UN0001 | 10    | 1.9900         | 0.00 | 19.90       | 19.90         | 7.74              | 0.00    | 1.38 | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 18.52 | 0.00    |
| 07987  | ARROZ IRÓ DO PRATO S&C            | 10080021 | 040 | 5.329 | UN0001 | 8     | 27.9900        | 0.00 | 223.92      | 223.92        | 0.00              | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 0.00  | 0.00    |
| 02900  | ACÚCAR CRISTAL MIRANTE S&C        | 17018000 | 020 | 5.924 | UN0001 | 8     | 10.9900        | 0.00 | 87.92       | 87.92         | 32.04             | 0.00    | 9.91 | 0.00    | 0.00 | 0.00    | 77.91 | 0.00    |

25/09/24

Bruma M. Zanetta

Em 25/09/24, 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 06/2024 processo n.º 116824/2023 de 31/01/24. Original

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOTA NOS TERMOS DA PORTARIA CAT Nº 105-2015 - CUPOM Nº 160221 CHAVE ACESSO 3524093772893600014355001435025943762325  
DADOS BANCÁRIOS BANCO DO BRASIL AGÊNCIA 2889-4 CC 300-X - REF CUPOM 160221 - 25-09-2024 - DD - 101 - TRANSFERIR APROX. 15.38 (4.20%)  
FONTE: DFT

RESERVAÇÃO AO FISCO

30/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:33:52  
366803668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

DATA DA TRANSFERENCIA 30/10/2024

NR. DOCUMENTO 553.668.000.000.319

VALOR TOTAL 290,02

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PANSEIRINI & P L EEP

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 319-0

NR. DOCUMENTO 553.668.000.017.212

NR. AUTENTICACAO 8.425.806.882.1F5.870

Transação efetuada com sucesso por: JF303150 PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO.



30/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:33:51  
366803668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

\*\*\*\*\*  
DATA DA TRANSFERENCIA 30/10/2024

NR. DOCUMENTO 553.668.000.011.486

VALOR TOTAL 1.640,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMARIO MARCOLINO DO PRAD

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 11.486-3

NR. DOCUMENTO 553.668.000.017.212

\*\*\*\*\*  
NR. AUTENTICACAO 4.00F.361.7E8.926.06C

Chave de Acesso da NFS-e  
3511706222951015800019300000000001824104994343790

|                 |                      |                                 |
|-----------------|----------------------|---------------------------------|
| Número da NFS-e | Competência da NFS-e | Data e Hora da emissão da NFS-e |
| 18              | 28/10/2024           | 28/10/2024 08:25:00             |
| Número da DPS   | Série da DPS         | Data e Hora da emissão da DPS   |
| 25              | 900                  | 28/10/2024 08:25:00             |

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

|                                                  |                    |                                       |                |
|--------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|----------------|
| EMITENTE DA NFS-e                                | CNPJ / CPF / NIF   | Inscrição Municipal                   | Telefone       |
| Prestador do Serviço                             | 29.510.158/0001-93 | -                                     | (19) 9613-2791 |
| Nome / Nome Empresarial                          |                    | E-mail                                |                |
| 29.510.158 EDMARIO MARCOLINO DO PRADO            |                    | EDMARIOPRADO1@GMAIL.COM               |                |
| Endereço                                         |                    | Município                             | CEP            |
| JOAO SCHMIDT, 61, JARDIM GELSOMINA               |                    | Charqueada - SP                       | 13517-408      |
| Simplex Nacional na Data de Competência          |                    | Regime de Apuração Tributária pelo SM |                |
| Optante - Microempreendedor Individual (MEI)     |                    | -                                     |                |
| TOMADOR DO SERVIÇO                               | CNPJ / CPF / NIF   | Inscrição Municipal                   | Telefone       |
|                                                  | 51.421.279/0001-18 | -                                     | -              |
| Nome / Nome Empresarial                          |                    | E-mail                                |                |
| HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA |                    | -                                     |                |
| Endereço                                         |                    | Município                             | CEP            |
| R OSWALDO CRUZ, 70, JARDIM SAO BENEDITO          |                    | Charqueada - SP                       | 13517-032      |

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

## SERVIÇO PRESTADO

|                                                                         |                                |                    |                   |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| Código de Tributação Nacional                                           | Código de Tributação Municipal | Local da Prestação | País da Prestação |
| 07.02.02 - Execução, por empreitada ou subempreitada, de obras de co... | -                              | Charqueada - SP    | -                 |
| Descrição do Serviço                                                    |                                |                    |                   |
| Prestação de serviços de manutenção no mês de OUTUBRO DE 2024.          |                                |                    |                   |

Conta para depósito: Agência: 3668-4 C/C: 11.485-3

## TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

|                     |                                        |                                  |                               |
|---------------------|----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Tributação do ISSQN | País Resultado da Prestação do Serviço | Município de Incidência do ISSQN | Regime Especial de Tributação |
| Operação Tributável | -                                      | Charqueada - SP                  | Nenhum                        |
| Tipo de Imunidade   | Suspensão da Exigibilidade do ISSQN    | Número Processo Suspensão        | Benefício Municipal           |
| -                   | Não                                    | -                                | -                             |
| Valor do Serviço    | Desconto Incondicionado                | Total Deduções/Reduções          | Cálculo do BM                 |
| R\$ 1.640,00        | -                                      | -                                | -                             |
| BC ISSQN            | Alíquota Aplicada                      | Retenção do ISSQN                | ISSQN Apurado                 |
| -                   | -                                      | Não Retido                       | -                             |

## TRIBUTAÇÃO FEDERAL

|      |        |                        |                          |
|------|--------|------------------------|--------------------------|
| IRRF | CP     | CSLL                   |                          |
| -    | -      | -                      |                          |
| PIS  | COFINS | Retenção do PIS/COFINS | TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL |
| -    | -      | -                      | -                        |

## VALOR TOTAL DA NFS-E

|                         |                       |                         |                        |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| Valor do Serviço        | Desconto Condicionado | Desconto Incondicionado | ISSQN Retido           |
| R\$ 1.640,00            | R\$                   | R\$                     | -                      |
| IRRF, CP,CSLL - Retidos | PIS/COFINS Retidos    |                         | Valor Líquido da NFS-e |
| R\$ 0,00                | -                     |                         | R\$ 1.640,00           |

## TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

Estaduais

Municipais

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 28/10/24, 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 CE 1/2024, processo n.º 11682/2023 de 31/01/24. Priscila

30/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:33:52  
366803668 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 30/10/2024          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.668.000.011.486 |
| VALOR TOTAL           | 1.220,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

|                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| CLIENTE: EDMARIO MARCOLINO DO PRADO |                     |
| AGENCIA: 3668-4                     | CONTA: 11.486-3     |
| NR. DOCUMENTO                       | 553.668.000.017.212 |

=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 2.33A.084.0A2.989.618 |
|------------------|-----------------------|

## Chave de Acesso da NFS-e

35117052232835174000160000000000001324105413852953



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

Número da NFS-e  
13Competência da NFS-e  
29/10/2024Data e Hora da emissão da NFS-e  
29/10/2024 14:32:34Número da DPS  
16Série da DPS  
900Data e Hora da emissão da DPS  
29/10/2024 14:32:34EMITENTE DA NFS-e  
Prestador do ServiçoCNPJ / CPF / NIF  
32.835.174/0001-60Inscrição Municipal  
-Telefone  
(19) 8967-6718Nome / Nome Empresarial  
32.835.174 ELIEZER FERREIRA DO PRADOE-mail  
LIPRADO2014.EF@GMAIL.COMEndereço  
DO CONTORNO, 439, CENTROMunicípio  
Charqueada - SPCEP  
13515-132Simples Nacional na Data de Competência  
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)Regime de Apuração Tributária pelo SN  
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF  
51.421.279/0001-18Inscrição Municipal  
-Telefone  
-Nome / Nome Empresarial  
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADAE-mail  
-Endereço  
R OSWALDO CRUZ, 70, JARDIM SÃO BENEDITOMunicípio  
Charqueada - SPCEP  
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 - SPPaís da Prestação  
-Descrição do Serviço  
SERVIÇOS PRESTADOS

- LIMPEZA DAS PLACAS DE ENERGIA SOLAR

DADOS BANCÁRIOS: Banco do Brasil / Ag 3668-4 / Cc 11.486-3

## TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN  
Operação TributávelPaís Resultado da Prestação do Serviço  
-Município de Incidência do ISSQN  
Charqueada - SPRegime Especial de Tributação  
NenhumTipo de Imunidade  
-Suspensão de Exigibilidade do ISSQN  
NãoNúmero Processo Suspensão  
-Benefício Municipal  
-Valor do Serviço  
R\$ 1.220,00Desconto Incondicionado  
-Total Deduções/Reduções  
-Cálculo do IIM  
-BC ISSQN  
-Alíquota Aplicada  
-Retenção do ISSQN  
Não RetidoISSQN Apurado  
-

## TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF  
-CP  
-CSLL  
-PIS  
-COFINS  
-Retenção do PIS/COFINS  
-TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL  
-

## VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço  
R\$ 1.220,00Desconto Condicionado  
R\$Desconto Incondicionado  
R\$ISSQN Retido  
-IRRF, CP, CSLL - Retidos  
R\$ 0,00PIS/COFINS Retidos  
-Valor Líquido da NFS-e  
R\$ 1.220,00

## TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais  
-Estaduais  
-Municipais  
-

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 29/10/24, recebi e conterei 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 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 31/01/24. Prizata

30/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:33:52  
366803668 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

DATA DA TRANSFERENCIA 30/10/2024

NR. DOCUMENTO 553.668.000.106.889

VALOR TOTAL 3.635,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRESPILO CONTABILIDADE E

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 106.889-X

NR. DOCUMENTO 553.668.000.017.212

NR. AUTENTICACAO 4.127.390.865.DC6.F44

# NFSE - Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

|                                                                                                                                                                                                              |                                   |                                                                                   |                                            |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>CRESPILO CONTABILIDADE EMPRESARIAL EIRELI</b><br>RUA 1º DE MAIO, 165<br>CEP: 13515-120 - Bairro: CENTRO<br>Município: Charqueada - SP<br>E-mail: ekortonobrasifiscal@yahoo.com.br<br>Fone: (19) 3486-1564 |                                   |  | Número da NFS-e:<br><b>202400000002910</b> |                                       |
| <b>CNPJ / CPF</b><br>13.406.685/0001-12                                                                                                                                                                      | <b>Inscrição Estadual</b><br>**** |                                                                                   | <b>Inscrição Municipal</b><br>22/2011      | Data do Serviço:<br><b>30/10/2024</b> |

|                                                                                                                                                   |                              |                               |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CHARQUEADA/SP</b><br>Secretaria Municipal da Fazenda<br>Fone: (19) 3186-9000 - charqueada.gov.br.cloud/NFSe.Portal/ | Dt. de Emissão<br>30/10/2024 | Exigibilidade ISS<br>Exigível | Tributado no Município<br>Charqueada/SP |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|

|                                                                       |          |                                          |                         |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------|-------------------------|
| <b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>                                             |          | <b>Município de Prestação do Serviço</b> |                         |
| Nome / Razão Social<br>HOSPITAL MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA |          | Charqueada/SP                            |                         |
| Endereço<br>RUA OSWALDO CRUZ,70                                       |          |                                          |                         |
| Cidade<br>Charqueada                                                  | UF<br>SP | Fone<br>(19) 3486-1333                   | CEP<br>13517-032        |
| Bairro<br>SAO BENEDITO                                                |          |                                          |                         |
| CNPJ / CPF / NIF<br>51.421.279/0001-18                                |          | Inscrição Municipal<br>052/74            | Inscrição Estadual<br>0 |
| E-mail<br>adm@hmbc.org.br                                             |          |                                          |                         |

|                                 |  |                     |                              |
|---------------------------------|--|---------------------|------------------------------|
| <b>INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO</b> |  |                     |                              |
| Nome / Razão Social<br>*****    |  | CNPJ / CPF<br>***** | Inscrição Municipal<br>***** |
| E-mail<br>*****                 |  | Fone<br>*****       | Cidade<br>*****              |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                              | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|---------------|--------|
| SERVIÇOS CONTÁBEIS PRESTADOS REF 10/2024<br>Dados para Depósito<br>Banco do Brasil<br>Ag: 3688-4<br>C/C: 10.6888-X, Alíquota Efetiva: 2,6255460599% | 3.635,00    | 2,63  | 95,44         | Não    |

|                                                                                        |                                    |                                   |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Código do Serviço:<br>17.19 - Contabilidade, inclusive serviços técnicos e auxiliares. |                                    | Código NBS<br>*****               |                                 |
| CDE<br>0,00                                                                            | COFINS<br>0,00                     | COFINS Importação<br>0,00         | ICMS<br>0,00                    |
| IPI<br>0,00                                                                            | PIS/PASEP<br>0,00                  | PIS/PASEP Importação<br>0,00      |                                 |
| Base Cálculo ICSQN Ptoico<br>3.635,00                                                  | Valor do ICSQN Ptoico<br>95,44     | Base Cálculo ICSQN Retido<br>0,00 | Valor do ICSQN Retido<br>0,00   |
| Valor Total da NFS-e<br>3.635,00                                                       | Valor Líquido da NFS-e<br>3.635,00 | Valor Total do ICSQN<br>95,44     | Valor Dedução/Descontos<br>0,00 |

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Informações Adicionais:<br>NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL<br>NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI<br>Lei 12741/2012: Mun: R\$151,94; Est: R\$0,00; Fed: R\$486,91; Total Aprox: R\$640,85. Fonte: IBPT. |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

Consulta realizada em 30/10/2024 às 13:22:54.

Para consultar a autenticidade acesse: charqueada.gov.br.cloud/NFSe.Portal/



202400000002910c1eea444c13406685000112

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Recebi(emos) de<br><b>CRESPILO CONTABILIDADE EMPRESARIAL EIRELI</b> | Número da NFS-e:<br>202400000002910                                                                                                                                                                                                                                                             | Número de Controle do Município |
| os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  | Em <u>30/10/2024</u> , 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 <u>06/2024</u> , processo n.º <u>11682/2023</u> de <u>31/05/24</u> <u>Pivile</u> |                                 |
| Data: _____                                                         | Identificação e assinatura do receptor: _____                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |

Consulta realizada em 30/10/2024 às 13:22:54.

Para consultar a autenticidade acesse: charqueada.gov.br.cloud/NFSe.Portal/

30/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:33:52  
366803668 SEGUNDA VIA 8003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

DATA DA TRANSFERENCIA 30/10/2024

NR. DOCUMENTO 556.823.000.024.176

VALOR TOTAL 565,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANI BARBOSA DE CAMARGO

AGENCIA: 6823-3 CONTA: 24.176-8

NR. DOCUMENTO 553.668.000.017.212

NR. AUTENTICAÇÃO E.98D.6C8.F5A.CF0.D82



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS  
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal  
**4935**  
Série: **E**  
Data Emissão: **28/10/2024**  
Certificação: **F69C7-05708**

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **IVANI BARBOSA DE CAMARGO ME**  
Nome Fantasia: **SOLUNSECT**  
CNPJ/CPF: **22.964.865/0001-60** Inscrição Municipal: **636393** Inscrição Estadual: **Nº: 506**  
Endereço: **DOM PEDRO I** Complemento:  UF: **SP** CEP: **13460-410**  
Bairro: **CENTRO** Telefone: **1933715646**  
Município: **PIRACICABA**  
E-mail: **fernandoconfianca@outlook.com**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA**  
CNPJ/CPF: **51.421.279/0001-18** Inscrição Municipal:  Inscrição Estadual: **Nº: 70**  
Endereço: **R. OSWALDO CRUZ** Complemento:  UF: **SP** CEP: **13515-000**  
Bairro: **CENTRO** Telefone:   
Município: **CHARQUEADA**  
E-mail: **adm@hmbc.org.br**

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

MONITORAMENTO MENSAL DO CONTROLE DE PRAGAS  
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 1 PARCELA R\$565,00.  
VENCIMENTO: 30/10/2024.  
PROPOSTA Nº: 202302034

Item  
CONTROLE DE PRAGAS

Tributável  
Sim  
Qtd.:  
1,00  
Vl. Unitário R\$  
565  
Total R\$  
565,00

Em 28 / 10 / 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 06 / 2024, processo n.º 11682 / 2024 de 31 / 01 / 24. *Praxela*

|                                                                                        |                                      |                                    |                                |                      |                               |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------------------|------------|
| Valor Tributável<br>R\$ 565,00                                                         | Valor não Tributável<br>R\$ 0,00     | VALOR BRUTO DA NOTA                |                                |                      |                               | R\$ 565,00 |
| Valor Total das Deduções:<br>R\$ 0,00                                                  | Desconto Incondicionado:<br>R\$ 0,00 | Desconto Condicionado:<br>R\$ 0,00 | Base de Cálculo:<br>R\$ 565,00 | Alíquota:<br>2,0000% | Valor do ISS:<br>R\$ 11,30    |            |
| IRIS:<br>R\$ 0,00                                                                      | COFINS:<br>R\$ 0,00                  | IRMS:<br>R\$ 0,00                  | IR:<br>R\$ 0,00                | CSLL:<br>R\$ 0,00    | Outras Retenções:<br>R\$ 0,00 |            |
| Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00 |                                      |                                    | VALOR LÍQUIDO DA NOTA          |                      |                               | R\$ 565,00 |

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

7.1.5 - Dedetização, desinfecção, desinsetização, mutização, higienização, desratização, pulverização e congêneres.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **10/2024** Local do Recolhimento: **PIRACICABA/SP** Dt: **28/10/2024 08:48:37**  
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** Competência:  
CNAE: **8122200** Empresa Optante do Simples Nacional  
Observações: D. BRASIL AG 6823-3 C/D 24 176-8 VENC: 30/10/2024

Impresso em: 28/10/2024 às 08:48:54

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Recebi(emos) de: **IVANI BARBOSA DE CAMARGO ME**  
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA  
Número: 4935  
Certificação  
F69C7-05708

Data

Assinatura do Recebido



## Emissão de comprovantes - 3o nível

31/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:24:15  
366803668 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191570070001450013689812870007998850000151340

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. BENEFIC. CHARQUE

CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 103.001

DATA DE VENCIMENTO 30/10/2024

DATA DO PAGAMENTO 30/10/2024

VALOR DO DOCUMENTO 1.513,40

VALOR COBRADO 1.513,40

NR. AUTENTICACAO C.EFE.ECA.EA9.CF4.E51

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.



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00014.500136 89812.870007 9 98850000151340

|                                                                                                                                                                                                       |                              |                    |             |                                  |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.                                                                                                                 |                              |                    |             |                                  | Vencimento<br><b>30/10/2024</b>             |
| Beneficiário<br><b>LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE</b> CNPJ/CPF: 47.080.235/0001-02<br>AVENIDA TREZE DE MAIO, 305 F., 13874235 - V STA EDWIRGES - S JOAO DA BOA VISTA - SP                              |                              |                    |             |                                  | Agência/Código Beneficiário<br>0138/98128-7 |
| Data do documento<br>30/09/2024                                                                                                                                                                       | Núm. do documento<br>122-SP5 | Especie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>30/09/2024 | Nosso Número<br>157 / 00000145 - 0          |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                          | Carteira<br>157              | Especie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                            | (=) Valor do Documento<br><b>1.513,40</b>   |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.<br>APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 1,00%<br>SUJEITO A PROTESTO APÓS 10 DIAS DO VENCIMENTO |                              |                    |             |                                  | (-) Descontos/Abatimento                    |
|                                                                                                                                                                                                       |                              |                    |             |                                  | (-) Juros/Multa                             |
|                                                                                                                                                                                                       |                              |                    |             |                                  | (=) Valor Cobrado                           |
| Pagador - HOSPITAL E MATERN. BENEFIC. CHARQUEADA CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18<br>Beneficiário final CNPJ/CPF:                                                                                         |                              |                    |             |                                  |                                             |

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00014.500136 89812.870007 9 98850000151340

|                                                                                                                                                                                                       |                              |                    |             |                                  |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.                                                                                                                 |                              |                    |             |                                  | Vencimento<br><b>30/10/2024</b>             |
| Beneficiário<br><b>LIDERAMED PRODUTOS PARA SAUDE</b> CNPJ/CPF: 47.080.235/0001-02<br>AVENIDA TREZE DE MAIO, 305 F., 13874235 - V STA EDWIRGES - S JOAO DA BOA VISTA - SP                              |                              |                    |             |                                  | Agência/Código Beneficiário<br>0138/98128-7 |
| Data do documento<br>30/09/2024                                                                                                                                                                       | Núm. do documento<br>122-SP5 | Especie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>30/09/2024 | Nosso Número<br>157 / 00000145 - 0          |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                          | Carteira<br>157              | Especie<br>R\$     | Quantidade  | Valor                            | (=) Valor do Documento<br><b>1.513,40</b>   |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.<br>APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 1,00%<br>SUJEITO A PROTESTO APÓS 10 DIAS DO VENCIMENTO |                              |                    |             |                                  | (-) Descontos/Abatimento                    |
|                                                                                                                                                                                                       |                              |                    |             |                                  | (-) Juros/Multa                             |
|                                                                                                                                                                                                       |                              |                    |             |                                  | (=) Valor Cobrado                           |
| Pagador - HOSPITAL E MATERN. BENEFIC. CHARQUEADA CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18<br>Beneficiário final CNPJ/CPF:                                                                                         |                              |                    |             |                                  |                                             |



Ficha de Compensação

Autenticação mecânica



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

AVENIDA TREZE DE MAIO, 345  
F. Bairro: VILA SANTA EDWIRGES  
13874-215 São João da Boa Vista - SP

Fone: (11) 2202-3722

457731

**DANFE**  
DOCUMENTO  
FISCAL DA NOTA  
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1

1 - SAÍDA

Nº 122

SERIE: 1

FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524.0947.0002.3500.0447.5500.1000.0001.2210.0011.3655

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

DATAVIA SPC

135242183556101 - 30/09/2024 16:07:28

INFORMAÇÃO DA OPERAÇÃO

5102 VENDA DE MER ADQ REUD TERC 5405 VENDA MER SUBST DENTRO DO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

639.226.097-114

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRANSPORTADO

CNPJ

47.080.235/0004-47

DESTINATÁRIO/REMITENTE

NOME DO DESTINATÁRIO

HOSPITAL E MATERN. BENEFICIENTE DE CHARQUEADA

CNPJ

51.421.279/0001-18

DATA EMISSÃO

30/09/2024

ENDEREÇO

RUA OSWALDO CRUZ, 70

BAIRRO/DISTrito

CENTRO

CEP

13515-000

DATA DA SAÍDA

30/09/2024

MUNICÍPIO

Charqueada

INSCRIÇÃO

01913486-1333

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

16:07:20

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME DO ESTABECIMENTO

CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

VALORES

BASE DE CÁLCULO

CEP

VALORES

CEP

TOTAL FISC.

FATURA/PLICATAS

30/10/24 - 1513:40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO IMPOSTO

1.142,00

VALOR DO IMPOSTO

205,36

BASE DE CÁLCULO DO IMPOSTO

0,00

VALOR DO IMPOSTO

0,00

VALOR TOTAL POR PRODUTO

1.513,40

VALOR DO IMPOSTO

0,00

VALOR DO IMPOSTO

0,00

VALOR DO IMPOSTO

0,00

VALOR DO IMPOSTO

0,00

VALOR DO IMPOSTO

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.513,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

INSCRIÇÃO

INSCRIÇÃO

UF

INSCRIÇÃO

INSCRIÇÃO

UF

INSCRIÇÃO

QUANTIDADE

4

ESPECIE

volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PELO BRUTO

4.0000

PELO LÍQUIDO

0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CODIGO<br>PRODUTO<br>NÚMERO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                                                    | EST<br>CNPJ | UNID | QTD       | VALOR<br>UNITÁRIO | VAL. DESP.<br>UNIT.<br>DESC. | VALOR<br>TOTAL | BASE CALC.<br>ICMS | VALOR<br>ICMS<br>Cálculo | VALOR<br>IP | ALÍQ.<br>ICMS | ALÍQ.<br>IP |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-----------|-------------------|------------------------------|----------------|--------------------|--------------------------|-------------|---------------|-------------|
| 262<br>90100499             | CATETER IV PERIF. C/ AG 27GX19MM P/US MED<br>Nacional da FCI                      | 530<br>105  | UN   | 400,0000  | 0,8090            | 0,0000<br>0,0000%            | 323,60         | 323,60             | 17,04<br>0,00            | 0,00        | 18,00         | 18,00       |
| 170<br>30190699             | COMP. LULA 15X10X5 CM2 7,5 CM X 7,5 CM X 21 CM<br>Nacional da FCI - C/EST 1501100 | 240<br>905  | PCU  | 400,0000  | 0,3130            | 0,0000<br>0,0000%            | 125,20         | 0,30               | 0,00<br>0,00             | 0,00        | 0,00          | 0,00        |
| 17<br>90100599              | PQ. TPO. MAR. FOC. SUP. DUT. INT. 18X40X10 CM<br>Nacional da FCI - C/EST 1501100  | 240<br>905  | UN   | 1000,0000 | 0,8200            | 0,0000<br>0,0000%            | 820,00         | 820,00             | 14,76<br>0,00            | 0,00        | 18,00         | 0,00        |
| 20<br>90100119              | SELO 10X10X10 CM 10X10X10 CM 10X10X10 CM<br>Nacional da FCI - C/EST 1501100       | 240<br>905  | UN   | 100,0000  | 0,0400            | 0,0000<br>0,0000%            | 4,00           | 0,30               | 0,00<br>0,00             | 0,00        | 0,00          | 0,00        |

Em 30/09/24, 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  
06/2024, processo n.º 11682/2023  
de 31/01/24. Priscila

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pis - cofins: alíquota 0, conforme decreto 6.426/2008. Tributos: conforme convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Charqueada, n.º 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 31/01/24. Priscila

RESERVADO AUFERIR

01 10 24  
Luana Almeida

31/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:24:15  
366803668 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

-----  
ITAU UNIBANCO S.A.

-----  
34191090080422653086553928070001498850000112860

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 103.002

DATA DE VENCIMENTO 30/10/2024

DATA DO PAGAMENTO 30/10/2024

VALOR DO DOCUMENTO 1.128,60

VALOR COBRADO 1.128,60  
-----

NR.AUTENTICACAO 3.0DD.44A.021.EAA.F6F  
-----

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.

|                                                                                                                                    |                                                  |                                         |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Beneficiário:<br><b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA</b>                                                                            | Agência/Cód.Beneficiário:<br><b>0865/39280-7</b> | Data do Documento:<br><b>30/09/2024</b> | Vencimento:<br><b>30/10/2024</b>       |
| Pagador:<br>HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE<br>CHARQUEADA (1523)<br>R OSWALDO CRUZ,070 - CENTRO<br>13515-000 - CHARQUEADA-SP | Número Documento:<br>114591-01                   | Nosso Número:<br>00642265               | Valor do Documento:<br><b>1.128,60</b> |

Autenticação Mecânica

341-0

34191.09008 04226.530865 53928.070001 4 98850000112860

|                                                                                                                                                                                             |                                      |                           |                     |                                          |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Local de Pagamento:                                                                                                                                                                         |                                      |                           |                     |                                          | Vencimento:<br><b>30/10/2024</b>                 |
| Beneficiário:<br><b>ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38</b>                                                                                                                 |                                      |                           |                     |                                          | Agência/Cód.Beneficiário:<br><b>0865/39280-7</b> |
| Endereço:<br><b>RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP</b>                                                                                                                          |                                      |                           |                     |                                          |                                                  |
| Data do documento:<br><b>30/09/2024</b>                                                                                                                                                     | Nº do documento:<br><b>114591-01</b> | Espécie doc:<br><b>DM</b> | Aceite:<br><b>N</b> | Data Processamento:<br><b>30/09/2024</b> | Cart. Nosso Número:<br><b>109/00042265-3</b>     |
| Unid. do Banco                                                                                                                                                                              | Carteira                             | Espécie Moeda             | Quantidade          | (+) Valor                                | (=) Valor do Documento:<br><b>1.128,60</b>       |
|                                                                                                                                                                                             | 109                                  | RS                        |                     |                                          |                                                  |
| Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)<br><br>PAGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R\$ 0,75 AO DIA<br>PAGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R\$ 22,57<br><br>PROTESTAR 2 DIAS APÓS VENCIMENTO |                                      |                           |                     |                                          | (-) Descontos Atualização                        |
|                                                                                                                                                                                             |                                      |                           |                     |                                          | (-) Outras Deduções                              |
|                                                                                                                                                                                             |                                      |                           |                     |                                          | (+) Moeda Múltipla                               |
|                                                                                                                                                                                             |                                      |                           |                     |                                          | (+) Outros Acréscimos                            |
|                                                                                                                                                                                             |                                      |                           |                     |                                          | (-) Valor Cobrado                                |

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (1523)  
R OSWALDO CRUZ,070 - CENTRO  
13515-000 - CHARQUEADA-SP

51.421.279/0001-18

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação





457924

## DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica



## ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITÁ, 290  
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680  
RIBEIRÃO PRETO - SP Fone/Fax: 16/99916100

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.134.591  
Série 001  
Folha 1/1

CHAVE DE AUTENTICAÇÃO

3524 0904 2749 8800 0138 5500 1000 1345 9110 2503 5847

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135242181902402 - 30/09/2024 13:56:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL

582596876113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO REMETENTE

CNPJ

04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO/REMITENTE

NOME - RAZÃO SOCIAL

HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA

CNPJ

51.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO

30/09/2024

ENDEREÇO

R OSWALDO CRUZ, 070

BARRIO/DISTRITO

CENTRO

CEP

13515-000

DATA DA VALIDADE DA NOTA

MUNICÍPIO

CHARQUEADA

UF

SP

CÓDIGO FISCAL

1934861296

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA VALIDADE DA NOTA

FATURA - DUPLICATA

Nº - 001

Data - 30/09/2024

Valor - R\$ 1.128,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE CÁLCULO IM  | VALOR DE IM      | VALOR DO IMPOSTO | DANFE ALÍQUOTA % | VALOR DO IMPOSTO | VALOR IMPOSTO P | TOTAL DO IMPOSTO |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| 780,60           | 140,51           | 0,00             | 0,00             | 0,00             | 0,00            | 1.128,60         |
| VALOR TOTAL IMPT | VALOR DO IMPOSTO | IMPOSTO          | DETERMINAÇÃO     | VALOR TOTAL IMPT | VALOR IMPOSTO P | TOTAL DA NOTA    |
| 0,00             | 0,00             | 0,00             | 0,00             | 0,00             | 0,00            | 1.128,60         |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME - RAZÃO SOCIAL

PVA TRANSPORTES E SERVICOS LTDA

FONE PARA CONTATO

0-Remetente

CÓDIGO ANTI

PI PARA O VENDEDOR

UF

CNPJ

12.270.745/0004-00

ENDEREÇO

RODADA AUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GPS 10 KM 2,2 - SP 10-330

MUNICÍPIO

SUMARE

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

671495090114

QUANTIDADE

ESPECIE

VOLUMES

MARCA

NUMERAÇÃO

QUANTIDADE

10,190

10,190

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| QUANTIDADE | PRODUTO        | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                   | NCM SH   | CEI | CODIC | UN  | QTD UN | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST - IPI | VALOR ST - IPI | VALOR ST - IPI | VALOR ST - IPI |
|------------|----------------|--------------------------------------------------|----------|-----|-------|-----|--------|------------|-------------|-----------|------------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 19862      | ANDRICORTIL    | ANDRICORTIL 50MG POLIOF INJ S/DIL CT 4 - 50      | 30043033 | 000 | 5102  | FA  | 100    | 4,2900     | 429,00      | 429,00    | 77,22      |           |                |                |                | 0,00           |
|            | FAUTELITO S    | FAUTELITO S 15.37                                |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |
|            | Lote           | 25061788 Qc 100 Fab: 21/05/24 Val: 21/05/24      |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |
| 36500      | PRO DE SUTURA  | PRO DE SUTURA NYLON 3-0 430 MC AG 18 CURE        | 30081090 | 200 | 5102  | LN  | 24     | 1,4000     | 33,60       | 33,60     | 6,05       |           |                |                |                | 0,00           |
|            | TRIANG         | TRIANG 2,0 MC X 1 - 24 TELUSOPHO                 |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |
|            | Lote           | 240226 Qc 24 Fab: 01/08/24 Val: 31/07/24         |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |
| 56578      | FLVA CIRURGICA | FLVA CIRURGICA ESTERIL C PPTAM 7 HC 200          | 40151200 | 900 | 5102  | PAR | 200    | 1,5900     | 318,00      | 318,00    | 63,24      |           |                |                |                | 0,00           |
|            | UN SENSITIVAMC | UN SENSITIVAMC AMBO                              |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |
|            | Lote           | 241102 Qc 200 Fab: 26/08/24 Val: 30/08/24        |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |
|            | PC 14382586    | PC 14382586 24 (83-4987-40) 28-DIAGNOSTIC 550A40 |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |
| 57209      | ONDANSETRONA   | ONDANSETRONA 8MG SOL INJ 25ML (6-EN) CX 1        | 30443099 | 040 | 5102  | AP  | 100    | 1,1400     | 114,00      | 0,00      | 0,00       |           |                |                |                | 0,00           |
|            | 100 AP         | 100 AP 100 POLADOR C - 1500 - 19.95              |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |
|            | Lote           | AQ 029 24 Qc 300 Fab: 10/08/24 Val: 10/08/24     |          |     |       |     |        |            |             |           |            |           |                |                |                |                |

Em 30/09/2024, 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 06/2024, processo n.º 116824/2023 de 31/01/2024. *Priscila*

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf Complementar:

Vendedor: 060-ATIVA REGIÃO (9 - S) EVANDRE 52.556.554

BANCO BRASIL - AG: 33307 C/C: 265004

BANCO BRADISCO - AG: 2400-S/C/C: 15122-0

PIN CNPJ: 04.274.988/0001-38

CONTRATO E MENSAGEM DE ATO DO DOCUMENTO

Inf. Geral:

Valor Approx. Tributos Federais: R\$ 153,10 Estadual: R\$ 154,51 Municipal: R\$ 4,90 Fone: 16/91

1531 Bntm conforme decreto nº 955-21 RCM/MS/SP, convênio 112/21

RESERVADO AO FISCAL

2 10 24  
*Luana Amick*

31/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:24:15  
366803668 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

=====

BCO CITIBANK S.A.

74593180150756202800600038984431298850000018480

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 103.003

DATA DE VENCIMENTO 30/10/2024

DATA DO PAGAMENTO 30/10/2024

VALOR DO DOCUMENTO 184,80

VALOR COBRADO 184,80

-----

NR. AUTENTICACAO 2.E92.691.F76.18F.3D0

-----

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 0000

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





SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
31/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 11.24.15  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X  
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA  
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA  
CONTA: 23.907-6

FAVORECIDO: COMERCIAL FORT GAS MULTIMARCAS LTDA  
CPF/CNPJ: 43.765.275/0001-29  
VALOR: R\$ 400,00  
DEBITO EM: 30/10/2024  
=====

DOCUMENTO: 103004  
AUTENTICACAO SISBB: A.F46.DFD.B13.2C9.929



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
31/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 11.24.15  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X  
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA  
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA  
CONTA: 71.803-1

FAVORECIDO: DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27983403810  
CPF/CNPJ: 33.699.813/0001-70  
VALOR: R\$ 350,00  
DEBITO EM: 30/10/2024  
=====

DOCUMENTO: 103005  
AUTENTICACAO SISBB: 4.363.949.768.075.C91

## Chave de Acesso da NFS-e

3511706223389981300017000000000021824109615819810

Número da NFS-e  
218Competência da NFS-e  
29/10/2024Data e Hora da emissão da NFS-e  
29/10/2024 05:55:09Número da DPS  
255Série da DPS  
900Data e Hora da emissão da DPS  
29/10/2024 05:55:09

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 do ServiçoCNPJ / CPF / NIF  
33.699.813/0001-70

Inscrição Municipal

Telefone  
(19) 9711-3825Nome / Nome Empresarial  
DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27983403810E-mail  
danielgarcia1545@gmail.comEndereço  
LIBERDADE, 143, CENTROMunicípio  
Charqueada - SP  
CEP  
13515-000Simples Nacional na Data da Competência  
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF  
51.421.279/0001-18Inscrição Municipal  
06274Telefone  
(19) 3486-1333Nome / Nome Empresarial  
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADAE-mail  
rscontonobrasiltfiscal@yahoo.com.brEndereço  
R OSWALDO CRUZ, 70, JARDIM SÃO BENEDITOMunicípio  
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 equipamentos

Código de Tributação Municipal

Local de Prestação  
Charqueada - SP

País da Prestação

Descrição do Serviço  
Troca de Pressostato CompressorDados Bancários  
Banco Sicredi  
Ag. 0718  
CC. 71803-1  
Pix

## TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN  
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço

Município de Incidência do ISSQN  
Charqueada - SPRegime Especial de Tributação  
Nenhum

Tipo de Imunidade

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN  
Não

Número Processo Suspensão

Benefício Municipal

Valor do Serviço  
R\$ 350,00

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\$ 350,00Desconto Condicionado  
R\$Desconto Incondicionado  
R\$

ISSQN Retido

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

PIS/COFINS Retidos

Valor Líquido da NFS-e  
R\$ 350,00

## TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

Estaduais

Municipais

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 29/10/24, 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 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 31/01/24. Recebido

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
31/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 11.24.18  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X  
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA  
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA  
CONTA: 71.883-1

FAVORECIDO: DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27903403810  
CPF/CNPJ: 33.699.813/0001-70  
VALOR: R\$ 500,00  
DEBITO EM: 30/10/2024  
=====

DOCUMENTO: 103006  
AUTENTICACAO SISBB: E.640.1A4.76E.7E3.EC9

Chave de Acesso da NFS-e

3511706223369981300017000000000021924105683783423

Número da NFS-e

219

Competência da NFS-e

29/10/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e

29/10/2024 05:58:16

Número da DPS

256

Série da DPS

900

Data e Hora da emissão da DPS

29/10/2024 05:58:15



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

|                                                                                                |                                               |                                                       |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>EMITENTE DA NFS-e</b><br>Prestador do Serviço                                               | <b>CNPJ / CPF / NIF</b><br>33.699.813/0001-70 | <b>Inscrição Municipal</b>                            | <b>Telefone</b><br>(19) 9711-3825 |
| <b>Nome / Nome Empresarial</b><br>DANIEL ALEXANDRE GARCIA 27983403810                          |                                               | <b>E-mail</b><br>daniel.garcia1545@gmail.com          |                                   |
| <b>Endereço</b><br>LIBERDADE, 143, CENTRO                                                      |                                               | <b>Município</b><br>Charqueada - SP                   | <b>CEP</b><br>13515-000           |
| <b>Simples Nacional na Data da Competência</b><br>Optante - Microempreendedor Individual (MEI) |                                               | <b>Regime de Apuração Tributária pelo SN</b>          |                                   |
| <b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>                                                                      | <b>CNPJ / CPF / NIF</b><br>51.421.279/0001-18 | <b>Inscrição Municipal</b><br>05274                   | <b>Telefone</b><br>(19) 3486-1333 |
| <b>Nome / Nome Empresarial</b><br>HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA             |                                               | <b>E-mail</b><br>escritorio@brasilfiscal@yahoo.com.br |                                   |
| <b>Endereço</b><br>R OSWALDO CRUZ, 70, JARDIM SAO BENEDITO                                     |                                               | <b>Município</b><br>Charqueada - SP                   | <b>CEP</b><br>13517-032           |
| <b>INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e</b>                                      |                                               |                                                       |                                   |

**SERVIÇO PRESTADO**

|                                                                                                                  |                                       |                                              |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Código de Tributação Federal</b><br>14.06.01 - Instalação e montagem de aparelhos, máquinas e equipamentos... | <b>Código de Tributação Municipal</b> | <b>Local da Prestação</b><br>Charqueada - SP | <b>País da Prestação</b><br>- |
| <b>Descrição do Serviço</b><br>Serviços Prestados de Manutenção do Ar Condicionado Referente Outubro 2024        |                                       |                                              |                               |
| <b>Dados Bancários</b><br>Banco Sicredi<br>Ag. 0718<br>CC. 71803-1<br>Pix<br>Chave CNPJ 33699813000170           |                                       |                                              |                               |

**TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL**

|                                                   |                                                    |                                                            |                                                |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Tributação do ISSQN</b><br>Operação Tributável | <b>País Resultado da Prestação do Serviço</b><br>- | <b>Município de Incidência do ISSQN</b><br>Charqueada - SP | <b>Regime Especial de Tributação</b><br>Nenhum |
| <b>Tipo de Imunidade</b><br>-                     | <b>Suspensão da Exigibilidade do ISSQN</b><br>Não  | <b>Número Processo Suspensão</b><br>-                      | <b>Benefício Municipal</b><br>-                |
| <b>Valor do Serviço</b><br>R\$ 500,00             | <b>Desconto incondicionado</b><br>-                | <b>Total Deduções/Reduções</b><br>-                        | <b>Cálculo do BM</b><br>-                      |
| <b>BC ISSQN</b>                                   | <b>Alíquota Aplicada</b><br>-                      | <b>Retenção do ISSQN</b><br>Não Realizado                  | <b>ISSQN Apurado</b><br>-                      |

**TRIBUTAÇÃO FEDERAL**

|                  |                    |                                    |                                      |
|------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>IRRF</b><br>- | <b>CP</b><br>-     | <b>CSLL</b><br>-                   |                                      |
| <b>PIS</b><br>-  | <b>COFINS</b><br>- | <b>Retenção do PIS/COFINS</b><br>- | <b>TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL</b><br>- |

**VALOR TOTAL DA NFS-E**

|                                            |                                     |                                       |                                             |
|--------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Valor do Serviço</b><br>R\$ 500,00      | <b>Desconto Condicionado</b><br>R\$ | <b>Desconto Incondicionado</b><br>R\$ | <b>ISSQN Retido</b><br>-                    |
| <b>IRRF, CP/CSLL - Retidos</b><br>R\$ 0,00 | <b>PIS/COFINS Retidos</b><br>-      |                                       | <b>Valor Líquido da NFS-e</b><br>R\$ 500,00 |

**TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS**

|                      |                       |                        |
|----------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Federais</b><br>- | <b>Estaduais</b><br>- | <b>Municipais</b><br>- |
|----------------------|-----------------------|------------------------|

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Em 29/10/24, 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 06/2024, processo n.º 11682/2023 de 31/01/24. *Priscila*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
31/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 11.24.16  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TEO - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 3605-6 - BAIRRO BOA VISTA

CONTA: 500.599-1

FAVORECIDO: JANDER EDUARDO FRAGALI

CPF/CNPJ: 14.818.390/0001-16

VALOR: R\$ 1.661,60

DEBITO EM: 30/10/2024

=====

DOCUMENTO: 103007

AUTENTICACAO SISBB: 5.4CE.1F7.3CD.572.6AF

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA  
01152  
DATA DA EMISSÃO  
28/10/2024 09:13:52  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
868C98484

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 28/10/2024 LOCAL DO SERVIÇO: LIMEIRA - SP NFS SUBSTITUÍDA: RPS

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:  
JANDER EDUARDO FRAGALI ME  
NOME FANTASIA:  
SIGMA CLINICAL  
ENDEREÇO:  
JOAO RICCI RILLO, 00168  
CAMPOS ELISEOS - PQ.  
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:  
14.818.390/0001-16  
MUNICÍPIO:  
LIMEIRA - SP - BRASIL  
TELEFONE:  
1191 9822-57080

INSC. MUNICIPAL:  
45108  
CEP:  
13485-294  
E-MAIL:  
sigmaclinical@gmail.com

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:  
51.421.279/0001-18  
MUNICÍPIO:  
CHARQUEADA - SP  
TELEFONE:  
( )

CEP:  
13515-000  
E-MAIL:  
admhmibc@hotmail.com

PAÍS:  
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

14.01 | Lubrificação, limpeza, lubrificação, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de máquinas, veículos, aparelhos, equipamentos, motores, elevadores ou de qualquer objeto (exceto peças e partes empregadas, que ficam sujeitas ao ICMS).

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

CONTRATO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA SEMESTRAL COM CORRETIVA

Em 28/10/2024, 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 06/2024, processo n.º 116821/2024 de 31/01/2024. Priscila

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS  
PIS..... R\$ 0,00  
COFINS..... R\$ 0,00  
IR..... R\$ 0,00  
INSS..... R\$ 0,00  
CSLL..... R\$ 0,00

DEDUÇÕES / DESCONTOS  
Alíquota do ISS..... 3,52 %  
Desconto Intencionado..... R\$ 0,00  
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00  
Outras Retenções..... R\$ 0,00  
Outras Deduções..... R\$ 0,00

VALOR DO SERVIÇO..... R\$ 1.661,60  
Base de Cálculo..... R\$ 1.661,60  
Total Deduções/Descontos..... R\$ 0,00  
Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00  
Valor do ISS..... R\$ 58,49  
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 1.661,60

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nota fiscal referente ao Contrato nº 0608-0/2018 - Outubro 2024 Vencimento 1/1 = R\$1661,60 - 30/10/2024 ATENÇÃO: O pagamento deve ser feito por depósito bancário: Banco Caixa Econômica Federal: AG:3605 CP: 003 C.C.:500599-1 Favorecido: Jander Eduardo Fragali - ME PIX: 14.818.390/0001-16 Trib aprox R\$: 223,49 Federal e 64,80 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br - 96A549

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: ( X ) 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: 9-BRASIL INTELIGÊNCIA E INFORMAÇÃO LTDA



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA - SP  
Série | Número NFS-e  
NFS | 01152  
Data da Emissão  
28/10/2024 09:13:52  
Código de Verificação  
868C98484

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: JANDER EDUARDO FRAGALI ME

Identificação do receptor

Data do recebimento



## Emissão de comprovantes - 3o nível

Q3343114104452821  
31/10/2024 14:15:43

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
31/10/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.15.44  
3668403668 SEGUNDA VIA 0001

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

## COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X

\*\*\*\*\*  
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : HOSPITAL M B CHARQUEADA

BANCO: 748 - BCD COOPERATIVO SICREDI S.A.

AGENCIA: 3089-0 - SICREDI ARARAQUARA

CONTA: 51.964-2

FAVORECIDO: PONGELUPPE TECNOLOGIA E CONSULTORIA

CPF/CNPJ: 29.288.051/0001-63

VALOR: R\$ 2.700,00

DEBITO EM: 31/10/2024

\*\*\*\*\*  
DOCUMENTO: 103101

AUTENTICACAO SISBB: E.472.2A0.D93.565.D64



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
1184



|                        |                     |                          |            |                       |                 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|------------|-----------------------|-----------------|
| Data e Hora da Emissão | 21/10/2024 08:54:55 | Competência              | 21/10/2024 | Código de Verificação | RS7REFM9M       |
| Número do RPS          |                     | Nº. da NFS-e substituída |            | Local de Prestação    | ARARAQUARA - SP |

Prestador do Serviço

|                   |                                                                       |                     |               |           |                                     |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-----------|-------------------------------------|
| Razão Social/Nome | PONGELUPPE TECNOLOGIA E CONSULTORIA LTDA                              |                     |               |           |                                     |
| Nome Fantasia     |                                                                       |                     |               |           |                                     |
| CNPJ/CPF          | 29.286.851/0001-63                                                    | Inscrição Municipal | 1362325       | Município | ARARAQUARA - SP                     |
| Endereço e CEP    | RUA DOMINGOS MEDEIROS, 136 - VILA XAVIER (VILA XAVIER) CEP: 14810-099 |                     |               |           |                                     |
| Complemento       |                                                                       | Telefone            | (16)3010-8171 | e-mail    | vagner@pongeluppeinformatica.com.br |

Tomador do 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 - JO CEP: 13515-000       |                     |  |           |                 |
| Complemento       |                                                | Telefone            |  | e-mail    |                 |

Discriminação do Serviço

cessão de uso referente sistema informatizado hospitalar

referente Outubro 2024

Banco Sicred  
Agência 3009  
Conta 51964-2

Em 21/10/2024, 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 06/2024, processo n.º 11621/2024 de 31/01/24 *Revisão*

Código do Serviço / Atividade

1.07 / 6209100 - Suporte técnico, manutenção e outros serviços em tecnologia da informação

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|                                                |          |              |                            |                    |                                |                                      |                 |            |  |
|------------------------------------------------|----------|--------------|----------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------|--|
| PIS (R\$)                                      |          | COFINS (R\$) |                            | IR (R\$)           |                                | INSS (R\$)                           |                 | CSLL (R\$) |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |          |              |                            | Outras Informações |                                | Cálculo do ISSQN devido ao Município |                 |            |  |
| Valor do Serviço - R\$                         | 2.700,00 |              | Natureza Operação          |                    | Valor do Serviço - R\$         |                                      | 2.700,00        |            |  |
| (-) Desconto Incondicionado                    | 0,00     |              | 1-Tributação no município  |                    | (-) Deduções Permitidas em Lei |                                      | 0,00            |            |  |
| (-) Desconto Condicionado                      | 0,00     |              | Regime Especial Tributação |                    | (-) Desconto Incondicionado    |                                      | 0,00            |            |  |
| (-) Retenções Federais                         | 0,00     |              | 0-Nenhum                   |                    | Base de Cálculo                |                                      | 2.700,00        |            |  |
| (-) Outras Retenções                           | 0,00     |              | Opção Simples Nacional     |                    | (x) Alíquota - %               |                                      | 2,00            |            |  |
| (-) ISSQN Retido                               | 0,00     |              | 1 - Sim                    |                    | ISSQN a Reter                  |                                      | ( ) Sim (X) Não |            |  |
| (=) Valor Líquido - R\$                        | 2.700,00 |              | Incentivador Cultural      |                    | (=) Valor do ISSQN - R\$       |                                      | 0,00            |            |  |
|                                                |          |              | 2-Não                      |                    |                                |                                      |                 |            |  |

Aviços

- 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.gnfs.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.

31/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:15:44  
366803668 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA  
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 17.212-X  
=====

BCO CITIBANK S.A.

74593180150756202800600038997144998860000120825

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 103.102

DATA DE VENCIMENTO 31/10/2024

DATA DO PAGAMENTO 31/10/2024

VALOR DO DOCUMENTO 1.208,25

VALOR COBRADO 1.208,25

NR.AUTENTICACAO A.09F.000.F71.3EE.C84

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.

Local de Pagamento

FAJA/ILHA DE BRAGA ADE VINCENÇO

Cedente/Beneficiário

ATM 1120107, BRAGA L.  
Avenida Marquês, 824 3 Andar 04703-901 SP

Data documento

No documento

Espécie doc

Acerto

Data

28/08/2024

0000000000

000

R

28/08/2024

Uso do Banco

Carteira

Espécie

Quantidade

Valor

Boleto (com data)

R\$

R\$

Inclusões (fora de responsabilidade do cedente/beneficiário)

NRA 1120107, BRAGA L. DE \*\*\*\*\*1120

ADE VINCENÇO, MOLIN DE R\$2,00 +

.....  
 .....  
 .....  
 .....



Vencimento

28/08/2024

Cedente/Beneficiário Agência/Código

001 0000000000

Número

0000000000

Valor do documento

\*\*\*\*\*1120,00

Desconto

Outras deduções/abatimento

Mora/Multa

Outras Anotações

Valor cobrado

Recibimento através do cheque nº

do Banco

Este recibo só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco sacado/pagador

ATM 1120107, BRAGA L. DE \*\*\*\*\*1120  
 ADE VINCENÇO, MOLIN DE R\$2,00 +  
 EM QUALQUER BANCO, EM CASO DE DÚVIDA AVISAR  
 04703-901 SP 04703-901

Sacado/Pagador

HOSPITAL E MATERNAIDADE BENEFICENTE DE C

CNPJ 1120107/0001-00

R. MARQUES, 824

04703-901

Beneficiário Final

Autenticação mecânica

Local de Pagamento

FAJA/ILHA DE BRAGA ADE VINCENÇO

Cedente/Beneficiário

ATM 1120107, BRAGA L.  
Avenida Marquês, 824 3 Andar 04703-901 SP

Data documento

No documento

Espécie doc

Acerto

Data

28/08/2024

0000000000

000

R

28/08/2024

Uso do Banco

Carteira

Espécie

Quantidade

Valor

Boleto (com data)

R\$

R\$

Inclusões (fora de responsabilidade do cedente/beneficiário)

NRA 1120107, BRAGA L. DE \*\*\*\*\*1120

ADE VINCENÇO, MOLIN DE R\$2,00 +

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Vencimento

28/08/2024

Cedente/Beneficiário Agência/Código

001 0000000000

Número

0000000000

Valor do documento

\*\*\*\*\*1120,00

Desconto

Outras deduções/abatimento

Mora/Multa

Outras Anotações

Valor cobrado

ATM 1120107, BRAGA L. DE \*\*\*\*\*1120

ADE VINCENÇO, MOLIN DE R\$2,00 +

EM QUALQUER BANCO, EM CASO DE DÚVIDA AVISAR

04703-901 SP 04703-901

Sacado/Pagador

HOSPITAL E MATERNAIDADE BENEFICENTE DE C

CNPJ 1120107/0001-00

R. MARQUES, 824

04703-901

Beneficiário Final

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica





**Identificação do emitente**  
**AIR LIQUIDE BRASIL LTDA**

RUA RONALDO CLAUDIO NEGREI, 87  
NOVA APARECIDA, Cap. 13064-02  
CAMPINAS/SP  
Fone: 19/381.0000

**DANFE**

DOCUMENTO ACQUISITIVO  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
ENTRADA  
L-5A1D5  
N. 000400915  
SÉRIE 209  
FOLHA 02/02



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
3524 0900 3317 8800 1603 5520 0000 4009 1515 3676 7493

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 MERE-ADQUEREC-TER

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
133242150732937 28/09/2024 09:11:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
34459450/10

INSC. ESTADUAL DO CONTRIB.

CNPJ/CNP  
16.531.788/0016-03

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

35 DIAS DA DATA - Rua Barão Faria, 950 - Barão Faria, São Paulo - SP.  
01152-000. Telefone: Procon - 151 CÓDIGO DO CLIENTE: 790262 Placard RJL4449 SP/AT  
emitida nos termos da Portaria CAT 127/2015 e art. 434 do RICMS/SP - IPI  
relatório a ser enviado ao: 7660 23/12/2011 ASSINATURA DO  
RESPONSÁVEL:

DECLARO QUE OS PRODUTOS  
PERIGOSOS ESTÃO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E  
ENTREGUES PARA SUPORTAR OS REQUISITOS DAS OPERAÇÕES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS  
EXIGÊNCIAS DA REGULAMENTAÇÃO RESOLUÇÃO 1.900/2012 DA ANTT. ALERTAMOS QUE OS  
EQUIPAMENTOS DE NOSSA PROPRIEDADE ENTREGUES AOS Nossos CLIENTES E REVENDEDORES  
DESTINAM-SE EXCLUSIVAMENTE AO ACONDICIONAMENTO DOS GASES POR NOS FORNECIDOS E  
SÃO PORÉM, SOB HIPÓTESE, OU CONDIÇÕES, SEREM TROCADOS, ADULTERADOS OU  
ALIENADOS. SE emitida nos termos da Portaria CAT 127/2015 e art. 434 do  
RICMS/SP - IPI relatório a ser enviado ao: 7660 23/12/2011

**RECEBO ADICIONAL**

Em 26/09/24, 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  
06/2024, processo n.º 11682/2023  
de 31/01/24. Priscila