

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

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: FONTE ESTADUAL DE SAÚDE - DRS

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: Custeio – Material de Consumo

EXERCÍCIO: 2025

ORIGEM DOS RECURSOS (1): ESTADUAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Convênio 001125/2025 Processo – SES-PRC-2025-00449DM	21/07/2025	21/07/2025 a 30/06/2026	100.000,00

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
01/08/2025	100.000,00	01/08/2025	202.507.310.042.089	100.000,00
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				76.284,05
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS				76.284,05
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				640,47
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)				0,00
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D)				76.924,52
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA				0,00
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				76.924,52

(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 Dezembro/2025 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	13.627,46		13.627,46	13.627,46	
Material médico e hospitalar (*)					
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo					
Serviços médicos (*)					
Outros serviços de terceiros					
Locação de imóveis					
Locações diversas					
Utilidades públicas (7)					
Combustível					
Bens e materiais permanentes					
Obras					
Despesas financeiras e bancárias					
Outras despesas					
TOTAL	13.627,46		13.627,46	13.627,46	

(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

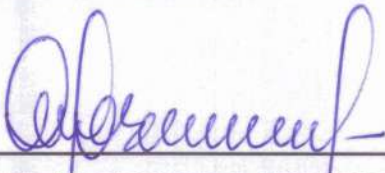
EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTEs, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	76.924,52
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	13.627,46
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]	63.297,06
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	0,00
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	63.297,06

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 dezembro de 2025



PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
PRESIDENTE



G3330316352074501
03/01/2026 17:55:22

Consultas - Extrato de conta corrente
ExpansaoASerOcultadaVersoesAnteriores: Extrato de Conta
corrente: Conta corrente;

Cliente - Conta atual

Agência 3668-4
Conta corrente 16343-0HOSPITAL M B CHARQUEADA
Período do extrato 12 / 2025

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/10/2025		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
09/12/2025		0000	13105	109 Pagamento de Boleto MED CENTER COMERCIAL LTDA	120.901	1.612,00 D	
09/12/2025		0000	13105	109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA	120.902	1.843,46 D	
09/12/2025		0000	00000	848 Resgate Automático BB RF Curto Prazo Automático	1.972	3.455,46 C	0,00 C
10/12/2025		0000	13105	109 Pagamento de Boleto SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD	121.001	3.839,88 D	
10/12/2025		0000	00000	848 Resgate Automático BB RF Curto Prazo Automático	1.972	3.839,88 C	0,00 C
29/12/2025		0000	13105	109 Pagamento de Boleto FUTURA COM PROD MEDICOS	122.901	2.825,07 D	
29/12/2025		0000	13105	109 Pagamento de Boleto ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD	122.902	3.507,05 D	
29/12/2025		0000	00000	848 Resgate Automático BB RF Curto Prazo Automático	1.972	6.332,12 C	0,00 C
31/12/2025		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

*** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA ***

OBSERVAÇÕES:

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G3330316352074501
03/01/2026 18:13:33

Cliente	
Agência	3668-4
Conta	16343-0 HOSPITAL M B CHARQUEADA
Mês/ano referência	DEZEMBRO/2025

BB RF CP Automático - CNPJ: 42.592.315/0001-15							
Data	Histórico	Valor	Valor IR Prej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
28/11/2025	SALDO ANTERIOR	76.284,05			52.597,031561		
09/12/2025	RESGATE	3.455,46	5,70		2.379,289466	1,454703200	50.217,742095
	Aplicação 01/08/2025	3.455,46	5,70		2.379,289466		
10/12/2025	RESGATE	3.839,88	6,70		2.643,106240	1,455325534	47.574,635855
	Aplicação 01/08/2025	3.839,88	6,70		2.643,106240		
29/12/2025	RESGATE	6.332,12	18,34		4.341,214882	1,462830146	43.233,420973
	Aplicação 01/08/2025	6.332,12	18,34		4.341,214882		
31/12/2025	SALDO ATUAL	63.297,06			43.233,420973		43.233,420973

Resumo do mês	
SALDO ANTERIOR	76.284,05
APLICAÇÕES (+)	0,00
RESGATES (-)	13.627,46
RENDIMENTO BRUTO (+)	671,21
IMPOSTO DE RENDA (-)	30,74
IOF (-)	0,00
RENDIMENTO LÍQUIDO	640,47
SALDO ATUAL =	63.297,06

Valor da Cota	
28/11/2025	1,450348865
31/12/2025	1,464076992

Rentabilidade	
No mês	0,9465
No ano	10,8494
Últimos 12 meses	10,8494

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Investimentos Fundos / CDB

G3330316352074501
03/01/2026 18:04:38

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

03/01/2026 - AUTO-ATENDIMENTO - 18:03:12

366803668

EXTRATO UNIFICADO DE FUNDOS

PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 3668-4 CONTA: 16.343-0

CLIENTE: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE C

=====

BB RF CP Automatico CNPJ 42.592.315/0001-15

Valor Cota p/dia 31.12.2025 R\$ 1,464076992

Valor Cota p/dia 05.01.2026 R\$ 1,465331089

Data Historico	Valor	Qtde.Cotas
----------------	-------	------------

3112 Sdo Ant.	63.297,06	43233,420973
---------------	-----------	--------------

0301 Sdo Final	63.351,28	43233,420973
----------------	-----------	--------------

Rentabilidades %

No mes: 0,0856

No ano: 0,0856

Ultimos 12 meses: 10,8494

=====

Nao houve lancamentos no periodo

Saldos Calculados ate 05.01.2026

Saldo Bruto	63.351,28
IR Estimado	134,93-
IR Complementar	72,10-
IOF	0,00
Saldo Liquido p/Resgate	63.144,25
Saldo Carencia P/ Resgate	0,00

=====

Perfil do Investidor: Não identificado

Carteira de Investimentos: Não identificado

=====

BBDTVM - CNPJ n 30.822.936/0001-69

Praa XV de Novembro, 20 - 3 andar

CEP 20.010-010 - Rio de Janeiro (RJ)

bddtvm@bb.com.br

=====

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 12:56:00
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 16.343-0
=====

BANCO DO BRASIL

00190000090352612100300025177171213110000350705
BENEFICIARIO:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD
NOME FANTASIA:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
CNPJ: 04.274.988/0001-38
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO	122.902
NOSSO NUMERO	35261210000025177
CONVENIO	03526121
DATA DE VENCIMENTO	30/12/2025
DATA DO PAGAMENTO	29/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO	3.507,05
VALOR COBRADO	3.507,05

=====

NR.AUTENTICACAO	7.942.144.A02.B44.4EC
-----------------	-----------------------

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

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



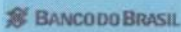
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITÁ, 290

Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP

Fone:(16)3993-9100

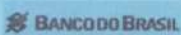
Fone: 04.274.988/0001-38



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP 04.274.988/0001-38	Agência/Cod.Beneficiário 3370-7/0026500-4	Data do Documento 23/12/2025	Vencimento 30/12/2025
Pagador: HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA (1523) R OSWALDO CRUZ,070 - CENTRO 13515-000 - CHARQUEADA-SP 51.421.279/0001-18	Número Documento: 177398-01	Cart./Nosso Número: 17/35261210000025177	Valor do Documento: 3.507,05

Autenticação Mecânica



001-9

00190.00009 03526.121003 00025.177171 2 13110000350705

Local de Pagamento:					Vencimento 30/12/2025
Beneficiário ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38					Agência/Cód.Beneficiário 3370-7/0026500-4
Endereço Beneficiário RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP					
Data do documento: 23/12/2025	No. do documento 177398-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 23/12/2025	Nosso Número 35261210000025177-4
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 3.507,05
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R\$ 2,34 AO DIA PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R\$ 70,14 PROTESTAR 2 DIAS APOS VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) 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

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica



Pagar com Pix



Emitir comprovantes (versão antiga) ExpansaoASerOcultadaVersoesAnteriores:
Comprovantes e agendamentos; Emitir Comprovantes

G3362912461053741
29/12/2025 12:56:00

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 12:56:00
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 16.343-0
=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090084191567452124007710007213110000282507
BENEFICIARIO:
FUTURA COM PROD MEDICOS
NOME FANTASIA:
FUTURA COM PROD MEDICOS
CNPJ: 08.231.734/0001-93
BENEFICIARIO FINAL:
FUTURA COM PROD MEDICOS
CNPJ: 08.231.734/0001-93
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFIC
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 122.901
DATA DE VENCIMENTO 30/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 29/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 2.825,07
VALOR COBRADO 2.825,07
=====

NR.AUTENTICACAO 2.5D6.09E.9C0.107.899
=====

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 FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.LTD/ 08.231.734/0001-93 RUA DR GUALTER NUNES 100 CHACARA JUNQUEIRA TATUI SP 18271-210	Vencimento 30/12/2025	Valor Do Documento 2.825,07
	(+) Outros Acréscimos	(+) Mora/Multa
	(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções
	Data Emissão 23/12/2025	
Instrução (texto de responsabilidade do beneficiário) APOS VENCIMENTO COBRAR 0,85 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO	Agência / Conta 4522 400771	
	Nosso Número 109/00419156-7	

Dados Do Pagador

Nome Do Pagador HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA		Número Documento 271865/1
Endereço RUA OSWALDO CRUZ 70		
Bairro/Distrito CENTRO		
Município CHARQUEADA	Estado SP	Cep 51.421.279/0001-18
Mensagem Pagador		

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

Autenticação mecânica - Recibo do pagador

BANCO ITAU 341 - 7 34191.09008 41915.674521 24007.710007 2 13110000282507

Local de pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSACAO					Vencimento 30/12/2025
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.LTDA 08.231.734/0001-93					Agência / Conta 4522 / 400771
Data Documento 23/12/2025	N Documento 271865/1	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 23/12/2025	Nosso número 109/00419156-7
Uso Do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 2.825,07
Instrução (texto de responsabilidade do beneficiário) APOS VENCIMENTO COBRAR 0,85 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Sacado HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHAI 51.421.279/0001-18 RUA OSWALDO CRUZ 70 CENTRO CHARQUEADA SP 51.421.279/0001-18 Beneficiario final					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor Cobrado



FUTURA
www.futuramedicamentos.com.br
Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA
Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira
Cep: 16271-210 Tatuí/SP
Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3500-9398

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
Saída: 1
Entrada: 2
No. 271.865
SÉRIE: 0
Página 1 de 1


Chave de Acesso da NF-e
35251208231734000193550000002718651002938270
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
Protocolo de Autorização de Uso
135254052108251 2025-12-23T15:30:44-03

Natureza da Operação
VENDA DE MERCADORIA ADQ. OU RECEB. DE TERCEIROS

Inscrição Estadual
687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ
08.231.734/0001-93

CONTATO DIRETO
SAC FUTURA



DESTINATÁRIO/REMETENTE
Nome/Razão Social
2.914 HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Endereço
RUA OSWALDO CRUZ 70
Município
CHARQUEADA
Fone/Fax
(19)034861333
UF
SP
CNPJ/CPF
51.421.279/0001-18
Cep
13515-000
Data da Emissão
23/12/2025
Data de Saída/Entrada
23/12/2025
Hora de Saída

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA
Razão Social
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA
Endereço
RUA OSWALDO CRUZ
Número
70
Bairro
CENTRO
CNPJ
51.421.279/0001-18
Cep
13515-000
Cidade
CHARQUEADA
UF
SP
Inscrição Estadual
ISENTO

FATURA
Dupl.: 271.865/1 Valor: 2.825,07 Vencdo. 30/12/2025

CÁLCULO DO IMPOSTO
Base de Cálculo do ICMS
2.548,07
Valor do ICMS
395,77
Base de Cálculo de ICMS Sub
0,00
Valor do ICMS Sub
0,00
Valor Total dos Produtos
2.825,07
Valor do Frete
0,00
Valor do Seguro
0,00
Desconto / ICMS Desonerado
0,00
Outras despesas
0,00
Valor do IPI
0,00
Valor Total da Nota
2.825,07

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
Razão Social
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR
Endereço
RCD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM
Quantidade
2
Frete por Conta
1 - remetente
2 - destinatário
Código ANTT
1
Placa do veículo
UF
SP
CNPJ/CPF
12.270.745/0004-00
Inscrição Estadual
671495090114
Especie
CAIXAS
Marca
Numeração
Peso Bruto
19,000
Peso Líquido
19,000

DADOS DO PRODUTO/Serviço

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
572255	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML CX C/100 AMP "DICLOFARMA" FARMACE Lote: DC25C035 Val. 28/02/2027	30049047	000	5102	CX	20,00	75,000000	1.500,00	1.500,00	270,00		18,0	
573215	AMOX+CLAV 1000MG+200MG INJ PO EV CX C/10 FA "GENERIC" (ANTI AUROBINDO PHARMA Lote: MG0125010A Val. 30/06/2027	30041012	020	5102	CX	6,00	110,792000	664,75	387,75	46,53		12,0	
576452	ONDANSETRONA 2MG/ML 2ML CX C/100 AMP "GENERIC" HYPOFARMA Lote: 25081027 Val. 31/08/2027	30039079	000	5102	CX	8,00	82,540100	660,32	660,32	79,24		12,0	

CÁLCULO DO ISSQN
Inscrição Municipal
Valor Total dos Serviços
Base de Cálculo do ISSQN
Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS
Informações Complementares
REG.: Sumaré
Em _____, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nessa Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com _____
Secretaria de Estado da Saúde e Uni-
Ass.: _____
Reservado ao FISCO
RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL
26 / 12 / 25
Mio



Emitir comprovantes (versão antiga)

G3381212418790171
12/12/2025 12:52:50

12/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 12:52:50
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 16.343-0
=====

BCO BRADESCO S.A.

23793398032531700002138000283101212910000383988
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQ
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO	121.001
DATA DE VENCIMENTO	10/12/2025
DATA DO PAGAMENTO	10/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO	3.839,88
VALOR COBRADO	3.839,88

=====

NR.AUTENTICACAO E.F44.B22.F8D.6D7.5F3
=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

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



23793.39803 25317.000021 38000.283101 2 12910000383988

Local de Pagamento Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Vencimento 10/12/2025
Beneficiário SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT - CNPJ/CPF:011.206.099/0001-07 AV ENGENHEIRO ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, , 2385 - BL A3 AND SL 301 - JABAQUARA 04308-970 - SAO PAULO - SP					Agência/Código Beneficiário 03398/2831-2
Data do doc. 12/11/2025	Nº do documento 6905973U	Espécie doc. DM	Aceite Não	Data Proces. 13/11/2025	Nosso Número 02/53/170000238-4
Uso do Banco	Carteira 2	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.839,88
Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ/CPF: 051.421.279/0001-18 RUA: OSWALDO CRUZ, N 70. - JARDIM SAO BENEDITO 13517-032 - CHARQUEADA - SP Beneficiário final: Não informado					
Recibo do Pagador					

Autenticação Mecânica



23793.39803 25317.000021 38000.283101 2 12910000383988

Local de Pagamento Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Vencimento 10/12/2025
Beneficiário SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT - CNPJ/CPF:011.206.099/0001-07 AV ENGENHEIRO ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, , 2385 BL A3 AND SL 301 - JABAQUARA 04308-970 - SAO PAULO - SP					Agência/Código Beneficiário 03398/2831-2
Data do doc. 12/11/2025	Nº do documento 6905973U	Espécie doc. DM	Aceite Não	Data Proces. 13/11/2025	Nosso Número 02/53/170000238-4
Uso do Banco	Carteira 2	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.839,88
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) Pagável Preferencialmente nas Agências Bradesco * * VALORES EXPRESSOS EM REAIS * * * * * JUROS POR DIA DE ATRASO.....6,39 CENTRO NF: 905973 TITULO NEGOCIADO PAGAVEL SOMENTE EM BANCO OU REDE DE CORRESPONDENTES					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ/CPF: 051.421.279/0001-18 RUA: OSWALDO CRUZ, N 70. - JARDIM SAO BENEDITO 13517-032 - CHARQUEADA - SP Beneficiário final: Não informado					
Ficha de Compensação					

Autenticação Mecânica



Este boleto foi emitido por meio do Bradesco Net Empresa.

SAC - Serviço de
Apoio ao ClienteAlô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por semana.Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

SUPERMED

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

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 905973
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3525 1111 2060 9900 0441 5500 1000 9059 7313 0936 9923

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135253457321460 12/11/2025 11:56:17

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL E MAT.BENEFICENTE DE CHARQUEADA (3581)

CNPJ/CPF
51.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO
12/11/2025

ENDEREÇO
R OSWALDO CRUZ, 70

Em nome de / , recebi e conferi as
mercadorias e / ou serviços constantes
nessa Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa
foi paga com

DISTRITO
CENTRO

CEP
13515-000

DATA ENTRADA/SAÍDA
12 NOV 2025

MUNICÍPIO
CHARQUEADA

1934861333

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 10/12/2025 3.839,88

Secretaria de Estado da Saúde e Uni-
dade Pagadora (UGE)

ASS.: _____

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.839,88	526,68	0,00	0,00	3.839,88
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				3.839,88

NOME / RAZÃO SOCIAL
PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
12270745000400

ENDEREÇO
AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410

MUNICÍPIO
SUMARE

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671495090114

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22436	NOPROSIL 10MG 240AMP 2ML PL-ISOFARMA (Fornecedor: 2143, Lote: 5080063, Qtde: 2 ,Data Fab: 06/08/2025, Data Val: 06/08/20- 27)	30049041	000	5102	CX	2	133,3450	266,69	266,69	48,00	0,00	18,00	0,00
10122	DEXAMETASONA 4MG 100AMP 2,5ML GEN-HIPOLA- BOR (Fornecedor: 1898, Lote: T-013/25, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/09/2025, Data Val: 31/08/2027)	30043210	500	5102	CX	20	69,1890	1.383,78	1.383,78	166,05	0,00	12,00	0,00
31542	DIPIRONA 1G 100AMP 2ML GEN -HYPOFARMA (Fornecedor: 4160, Lote: 25060938, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/06/2025, Data Val: 30/06/20- 27 / Fornecedor: 4160, Lote: 25061149, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/08/2025, Data Val: 30/06/2027)	30039079	000	5102	CX	20	41,8500	837,00	837,00	100,44		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R37P15V3 R35P10V3 || #||
Pedido: 914541

Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota.....: 4 Cubagem : 0,07525

Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R\$ 0,00 (1,2%), PIS/COFINS R\$ 0,00

(3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

RECEBI E CONFERI OS
MATERIAIS DESCRITOS
NESTA NOTA FISCAL

14 11 25
Orio

MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO (A)
REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CANHOTO DA
NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE

RECEBI E CONFERI OS
MATERIAIS DESCRITOS
NESTA NOTA FISCAL

09/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 15:14:27
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 16.343-0
=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600101518621170312890000184346
BENEFICIARIO:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEA
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 120.902
NOSSO NUMERO 17115360001518621
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 08/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 09/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 1.843,46
VALOR COBRADO 1.843,46
=====

NR. AUTENTICACAO 1.DD5.D27.A83.6DA.3B8
=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

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

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DO SACADO

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
08/12/2025	5119-5 / 306406-9	R\$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA	
1.843,46			
(=) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO	
	17115360001518621	2081226/01	
SACADO			
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
08/12/2025	5119-5 / 306406-9	R\$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	NOSSO NÚMERO		
1.843,46	17115360001518621		
SACADO			
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA			
ASSINATURA DO RECEBEDOR		DATA DE ENTREGA	

CORTE NA LINHA PONTILHADA

BANCO DO BRASIL

| 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01518.621170 3 12890000184346

LOCAL DE PAGAMENTO						VENCIMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO						08/12/2025
CEDENTE						AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91						5119-5 / 306406-9
DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO	
10/11/2025	2081226/01	DM	N	11/11/2025	17115360001518621	
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO	
	17-019	R\$			1.843,46	
INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)						(-) DESCONTO / ABATIMENTO
MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 09/12/2025						(-) OUTRAS DEDUÇÕES
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R\$ 36,86)						(+) JUROS / MULTA
*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO						(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
						(=) VALOR COBRADO
SACADO						
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 51.421.279/0001-18						
RUA OSWALDO CRUZ,70						
CHARQUEADA - SP - CEP: 13515-000						
						CÓDIGO DE BAIXA 1ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA – FICHA DE COMPENSAÇÃO



BANCO DO BRASIL

| 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01518.621170 3 12890000184346

LOCAL DE PAGAMENTO						VENCIMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO						08/12/2025
CEDENTE						AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91						5119-5 / 306406-9
DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO	
10/11/2025	2081226/01	DM	N	11/11/2025	17115360001518621	
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO	
	17-019	R\$			1.843,46	
INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)						(-) DESCONTO / ABATIMENTO
MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 09/12/2025						(-) OUTRAS DEDUÇÕES
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R\$ 36,86)						(+) JUROS / MULTA
*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO						(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
						(=) VALOR COBRADO
SACADO						
HOSP.E MAT. BENIFICENTE DE CHARQUEADA - CNPJ 51.421.279/0001-18						
RUA OSWALDO CRUZ,70						
CHARQUEADA - SP - CEP: 13515-000						
						CÓDIGO DE BAIXA 2ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA – FICHA DE COMPENSAÇÃO



Identificação do emitente



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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 2081226 FL 1 / 1

SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3525 1167 7291 7800 0491 5500 1002 0812 2614 0367 4205

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135253422810310 10/11/2025 20:00:47

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

HOSPE MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA

CNPJ / CPF

51.421.279/0001-18

DATA DA EMISSÃO

10/11/2025

ENDEREÇO

RUA OSWALDO CRUZ 70

BAIRRO / DISTRITO

SAO BENEDITO

CEP

13515-000

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

10/11/2025

MUNICÍPIO

CHARQUEADA

FONE / FAX

1934861333

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2081226/1	08/12/2025	1.843,46							

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.629,67

VALOR DO ICMS

275,38

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.843,46

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

VALOR DO DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.843,46

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

RIOCLARENSE PROPRIO JAG

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

67.729.178/0004-91

ENDEREÇO

PC EMILIO MARCONATO 1000 GP22

MUNICÍPIO

JAGUARIUNA

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

QUANTIDADE

3,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,03799

PESO BRUTO

14,714

PESO LÍQUIDO

14,714

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
029105	BROMETO DE N-BUTILESC 4MG/ML+DIPIRONA MONOÍDR ATADA 500MG/ML (TEUTO) L: 2842384 Q: 960,0000 F: 01/06/25 V: 01/06/2027	30049069	000	5102	AP	960,00	1,14	1.094,40	1.094,40	196,99	0,00	18,00	0,00
001598	CIMETIDINA 300MG (HYPOFARMA) L: 24122161 Q: 200,0000 F: 16/03/25 V: 31/12/2026	30049062	000	5102	AP	200,00	1,18	236,00	236,00	42,48	0,00	18,00	0,00
021840	TRAMADOL 50MG/ML, CLORIDRATO (HIPOLABOR) (ITEM GENCICO) L: AW-012/25M Q: 600,0000 F: 20/02/25 V: 31/01/2027 *** Po rtaria 344/98 A2, nFCI: 91491D01-2929-4D81-B986-7F FF57B2F382	30039049	520	5102	AP	600,00	0,8551	513,06	299,27	35,91	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

550516029

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. | Reducao na base de calculo conforme Artigo 3o, inciso XXIV, do Anexo II do RICMS/SP (Conv.ICMS-128/94) | DATA ENTREGA: 11/11/2025 Pedido: 3339411 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 3339411 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto enviado pelo e-mail boletos.privado@rioclarense.com.br. Caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 06/05/2025 TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Codigo Interno Emitente: 3846 Nome Fantasia: HOSPE MAT. BENEFICENTE DE CHARQUEADA)

RESERVADO AO FISCO

RECEBI E CONFERI OS MATERIAIS DESCRITOS NESTA NOTA FISCAL

11 / 11 / 25

Ruana Oliveira

Em ____/____/____, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nessa Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com _____, Secretaria de Estado da Saúde e Unidade Pagadora (UGE) _____

ASS.: _____



Emitir comprovantes (versão antiga)

G3380915012217471
09/12/2025 15:14:27

09/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 15:14:27
366803668 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HOSPITAL M B CHARQUEADA
AGENCIA: 3668-4 CONTA: 16.343-0
=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399330387560000002240243201015112900000161200
BENEFICIARIO:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
NOME FANTASIA:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
BENEFICIARIO FINAL:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
PAGADOR:
HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE
CNPJ: 51.421.279/0001-18

NR. DOCUMENTO 120.901
DATA DE VENCIMENTO 09/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 09/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 1.612,00
VALOR COBRADO 1.612,00
=====

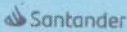
NR.AUTENTICACAO B.1A2.DC0.CF3.EE1.FAF
=====

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.

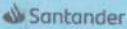
Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.



033-7

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 3255/33037	N. DO DOCUMENTO 4770/01
PAGADOR 17475-HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQU		NOSSO NÚMERO 000000240243	VENCIMENTO 09/12/2025
RECEBEMOS O BLOQUETO		ASSINATURA	VALOR DO DOCUMENTO 1.612,00
LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO			DATA DE PROCESSAMENTO 24/11/2025



033-7

RECIBO DO PAGADOR

033-7 RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005-73 RUA VINTE E QUATRO DE MAIO, 104 - SALA 108 CONJ A E B PAVMTO4 - Bairro: CENTRO - SAO				
DATA DO DOCUMENTO 24/11/2025	NO. DO DOCUMENTO 4770/01	ESPÉCIE DOC DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 24/11/2025
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 101	MOEDA R\$	QUANTIDADE X



Fone: (35) 3449-1950

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 09/12/2025, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

PROTESTAR EM 5 DIAS ÚTEIS.
Parcela: 1/01

VENCIMENTO	09/12/2025
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	3255/3303756
CART. / NOSSO NÚMERO	000000240243-2
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	1.612,00
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (+) VALOR COBRADO	

PAGADOR
17475-HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEA CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-18
R OSWALDO CRUZ, 70
13515000 CHARQUEADA CENTRO
SACADOR/AVALISTA SP

Autenticação Mecânica



033-7

03399.33038 75600.000022 40243.201015 1 12900000161200

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					VENCIMENTO 09/12/2025
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005-73 RUA VINTE E QUATRO DE MAIO, 104 - SALA 108 CONJ A E B PAVMTO4 - Bairro: CENTRO - SAO					AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 3255/3303756
DATA DO DOCUMENTO 24/11/2025	Nº DO DOCUMENTO 4770/01	ESPÉCIE DOC DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 24/11/2025	CART. / NOSSO NÚMERO 000000240243-2
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 101	MOEDA R\$	QUANTIDADE X	VALOR 1.612,00
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 09/12/2025, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%. PROTESTAR EM 5 DIAS ÚTEIS. Parcela: 1/01					1 (+) VALOR DO DOCUMENTO 1.612,00
					2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS
					3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES
					4 (+) MORA / MULTA / JUROS
					5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					6 (+) VALOR COBRADO

PAGADOR
17475-HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEA CNPJ/CPF: 51.421.279/0001-
R OSWALDO CRUZ, 70 CENTRO
13515000 CHARQUEADA
SACADOR/AVALISTA SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



NFe v4.0 - VERSÃO 1.0



MED CENTER COMERCIAL LTDA

Rua Vinte e quatro de maio, 104 - Conjunto II A - República
São Paulo - SP - CEP 01041-901 - FONE (11) 3338-0220
www.medcentercomercial.com.br

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº: 000004770
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO:
3525 1100 8749 2900 0573 5500 1000 0047 7016 9086 6634

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PARA CONTRIBUINTE - 5102		INSCRIÇÃO ESTADUAL 131837784113		INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.		CNPJ 00.874.929/0005-73	
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL (17475) - HOSPITAL E MATERNIDADE BENEFICENTE DE CHARQUEADA ENDEREÇO R OSWALDO CRUZ, 70 MUNICÍPIO CHARQUEADA FONE / FAX 1934861296				BAIRRO / DISTRITO CENTRO UF SP		C.N.P.J./C.P.F. 51.421.279/0001-18 CEP 13515-000	
FATURA / DUPLICATA 001 09/12/2025 1.612,00						DATA EMISSÃO 24/11/2025 DATA DA ENTR/SAÍDA 24/11/2025 HORA DA SAÍDA 14:17:30	

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.		VALOR DO I.C.M.S.		BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST		VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		1.612,00		290,16		0,00		0,00		1.612,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO I.P.I.		VALOR APROX. TRIBUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 1.612,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		C.N.P.J./C.P.F.	
NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI				0 - Emitente						SP		12270745000400	
ENDEREÇO RODOVIA ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200				MUNICÍPIO SUMARE						SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 671495090114	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO			
1		VOLUME(S)				713078		8,168 Kg		8,168 Kg			

CODIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CB1	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC. ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL.APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS ICMS % IPI
00256100	OXACILINA 500 MG F A S/DIL (SODICA) -	0	5102	2	403,000000	0,00%	806,00	806,00	0,00	145,08	0,00		18,00 0,00
3004.10.19	25101649/FAB.0110/25/VAL.30/10/27 C/ 100 FR	200	500	CV		0,00		806,00	0,00				
00256100	OXACILINA 500 MG F A S/DIL (SODICA) -	0	5102	2	403,000000	0,00%	806,00	806,00	0,00	145,08	0,00		18,00 0,00
3004.10.19	25102562/FAB.0110/25/VAL.30/10/27 C/ 100 FR	200	500	CV		0,00		806,00	0,00				

Em ____/____/____, recebi e conferi as mercadorias e / ou serviços constantes nessa Nota Fiscal/Recibo. Esta despesa foi paga com _____
Secretaria de Estado da Saúde e Unidade Pagadora (UGE) _____
ASS.: _____

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
BOLETO
Pedi do: 713078
Vol unit: 0,013248
Rot a: 8
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES. CASO HOUVER DIVERGÊNCIA ENTRAR EM CONTATO ATÉ 48 HORAS
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRÁGEIS E TERMOLÁBEIS

RESERVADO AO FISCO
RECEBI E CONFERI OS
MATERIAIS DESCRITOS
NESTA NOTA FISCAL

28 / 11 / 2025
Luana Arruda