

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
83	JESSICA FERREIRA CANDIDO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	20/09/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.579,09		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	54,45		
992	TROCO DO MES	0,00	0,75		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41		
998	I.N.S.S.	7,89		151,25	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,44		0,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.916,69	151,69	
			Valor Líquido →	1.765,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.633,54	1.915,94	1.915,94	153,27	1.351,14	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
83	JESSICA FERREIRA CANDIDO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	20/09/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.579,09		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	54,45		
992	TROCO DO MES	0,00	0,75		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41		
998	I.N.S.S.	7,89		151,25	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,44		0,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.916,69	151,69	
			Valor Líquido →	1.765,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.633,54	1.915,94	1.915,94	153,27	1.351,14	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.46
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC

AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0993-8 - MIGUELOPOLIS
CONTA: 131.809-2

FAVORECIDO: KARINA DOS SANTOS BATISTA
CPF/CNPJ: 378.397.388-00
VALOR: R\$ 1.803,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061232
AUTENTICACAO SISBB: D.05B.EAC.851.C1B.133

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
175	KARINA DOS SANTOS BATISTA AUXILIAR DE LIMPEZA	514320	1	1
		Admissão:	01/04/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	11,84		
992	TROCO DO MES	0,00	0,97		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
255	ADICIONAL NOTURNO (AT)	61,59	61,59		
998	I.N.S.S.	7,92		154,99	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,52		0,52	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.958,51	155,51	
			Valor Líquido →	1.803,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.957,54	1.957,54	156,60	1.392,74	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
175	KARINA DOS SANTOS BATISTA AUXILIAR DE LIMPEZA	514320	1	1
		Admissão:	01/04/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	11,84		
992	TROCO DO MES	0,00	0,97		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
255	ADICIONAL NOTURNO (AT)	61,59	61,59		
998	I.N.S.S.	7,92		154,99	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,52		0,52	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.958,51	155,51	
			Valor Líquido →	1.803,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.957,54	1.957,54	156,60	1.392,74	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.46
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0993-8 - MIGUELOPOLIS
CONTA: 300.006.385-3

FAVORECIDO: KATIA REGINA DE SOUZA GUTIERRES
CPF/CNPJ: 407.586.428-65
VALOR: R\$ 1.527,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061233
AUTENTICACAO SISBB: C.8A3.9E3.867.A71.0C7

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
125	KATIA REGINA DE SOUZA GUTIERRES AUXILIAR DE LIMPEZA	514320	1	1
		Admissão:	01/12/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	26,00	1.343,33		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
940	DIFERENCA DE FERIAS	13,79	13,79		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	4,60	4,60		
807	VANTAGENS FERIAS	37,65	37,65		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	76,84		
8783	DIAS FERIAS	4,00	192,88		
992	TROCO DO MES	0,00	0,63		
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	244,75	282,54	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		24,83	
812	INSS FERIAS	8,08		2,83	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		128,05	
998	I.N.S.S.	7,72		0,93	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,93			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.966,18	439,18	
			Valor Líquido →	1.527,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.965,55	1.965,55	157,24	528,58	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
125	KATIA REGINA DE SOUZA GUTIERRES AUXILIAR DE LIMPEZA	514320	1	1
		Admissão:	01/12/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	26,00	1.343,33		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
940	DIFERENCA DE FERIAS	13,79	13,79		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	4,60	4,60		
807	VANTAGENS FERIAS	37,65	37,65		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	76,84		
8783	DIAS FERIAS	4,00	192,88		
992	TROCO DO MES	0,00	0,63		
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	244,75	282,54	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		24,83	
812	INSS FERIAS	0,00		2,83	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		128,05	
998	I.N.S.S.	0,93		0,93	
993	TROCO MES ANTERIOR				
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.966,18	439,18	
			Valor Líquido →	1.527,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.965,55	1.965,55	157,24	528,58	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.46
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC

AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0698-X - MIGUELOPOLIS
CONTA: 60.801.822-8

FAVORECIDO: KATIA TOSTA BARBOSA DE FREITAS
CPF/CNPJ: 358.822.508-03
VALOR: R\$ 2.121,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061234
AUTENTICACAO SISBB: 8.B65.810.4CF.4E7.B51

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
284	KATIA TOSTA BARBOSA DE FREITAS AUXILIAR DE ALMÓXARIFADO	414105	1	1
		Admissão:	22/03/2022	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.672,21		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	119,44		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	33,30	33,30		
992	TROCO DO MES	0,00	0,47		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83		
291	GRATIFICAÇÃO HOTELARIA	200,00	200,00	186,48	
998	I.N.S.S.	8,08		0,34	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,34			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.307,82	186,82	
			Valor Líquido →	2.121,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.791,65	2.307,35	2.307,35	184,58	1.742,55	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
284	KATIA TOSTA BARBOSA DE FREITAS AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	414105	1	1
		Admissão:	22/03/2022	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.672,21		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	119,44		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	33,30	33,30		
992	TROCO DO MES	0,00	0,47		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83		
291	GRATIFICAÇÃO HOTELARIA	200,00	200,00	186,48	
998	I.N.S.S.	8,08		0,34	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,34			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.307,82	186,82	
			Valor Líquido →	2.121,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.791,65	2.307,35	2.307,35	184,58	1.742,55	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.46
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0993-8 - MIGUELOPOLIS
CONTA: 133.182-0

FAVORECIDO: LEONARDO CLAUDIANO MARCELINO DE SOU
CPF/CNPJ: 392.131.868-86
VALOR: R\$ 2.044,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061235
AUTENTICACAO SISBB: B.C7A.B14.D22.094.FAC

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
101	LEONARDO CLAUDIANO MARCELINO DE SOUZA TÉCNICO EM ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	05/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.633,54		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	71,64		
992	TROCO DO MES	0,00	0,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
255	ADICIONAL NOTURNO (AT)	372,54	372,54		
268	DESCONTO PARCELA CONV.FESTA DO PEAO	125,00		125,00	
998	I.N.S.S.	8,10		191,23	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,42		0,42	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.360,65	316,65	
			Valor Líquido →	2.044,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.633,54	2.360,12	2.360,12	188,80	1.795,32	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário _____
Data _____

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
101	LEONARDO CLAUDIANO MARCELINO DE SOUZA TÉCNICO EM ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	05/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.633,54		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	71,64		
992	TROCO DO MES	0,00	0,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
255	ADICIONAL NOTURNO (AT)	372,54	372,54		
268	DESCONTO PARCELA CONV.FESTA DO PEAO	125,00		125,00	
998	I.N.S.S.	8,10		191,23	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,42		0,42	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.360,65	316,65	
			Valor Líquido →	2.044,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.633,54	2.360,12	2.360,12	188,80	1.795,32	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário _____
Data _____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.46
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0993-8 - MIGUELOPOLIS
CONTA: 875.248.559-3

FAVORECIDO: MARIANE VANCIM DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 462.806.028-26
VALOR: R\$ 1.735,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061236
AUTENTICACAO SISBB: 6.908.4B7.7EE.8C4.EB2

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
93	MARIANE VANCIM DE OLIVEIRA RECEPCIONISTA	422105	1	1
		Admissão:	01/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.446,67		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	103,33		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	50,48	50,48		
992	TROCO DO MES	0,00	0,94		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83		
998	I.N.S.S.	7,87		148,27	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,55		0,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.883,82	148,82	
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 21323-3			Valor Líquido →	1.735,00	
Agência: 860 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.882,88	1.882,88	150,63	1.318,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário _____
Data _____

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
93	MARIANE VANCIM DE OLIVEIRA RECEPCIONISTA	422105	1	1
		Admissão:	01/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.446,67		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	103,33		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	50,48	50,48		
992	TROCO DO MES	0,00	0,94		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83		
998	I.N.S.S.	7,87		148,27	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,55		0,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.883,82	148,82	
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 21323-3			Valor Líquido →	1.735,00	
Agência: 860 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.882,88	1.882,88	150,63	1.318,08	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário _____
Data _____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0698-X - MIGUELOPOLIS
CONTA: 1.019.763-0

FAVORECIDO: MIRIAN FERREIRA CARMO
CPF/CNPJ: 195.395.488-02
VALOR: R\$ 1.764,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061237
AUTENTICACAO SISBB: E.7E2.A86.4CE.520.D9E

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
98	MIRIAN FERREIRA CARMO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	01/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.633,54		
992	TROCO DO MES	0,00	0,03		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	7,89		151,25	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,72		0,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.915,97	151,97	
BANCO BRADESCO S.A. 237 conta corrente: 7094			Valor Líquido →	1.764,00	
Agência: 2412 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.633,54	1.915,94	1.915,94	153,27	1.351,14	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
98	MIRIAN FERREIRA CARMO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	01/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.633,54		
992	TROCO DO MES	0,00	0,03		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	7,89		151,25	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,72		0,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.915,97	151,97	
BANCO BRADESCO S.A. 237 conta corrente: 7094			Valor Líquido →	1.764,00	
Agência: 2412 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.633,54	1.915,94	1.915,94	153,27	1.351,14	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC

AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0993-8 - MIGUELOPOLIS
CONTA: 3.687-2

FAVORECIDO: SIRLENE COSTA SILVA
CPF/CNPJ: 313.727.128-28
VALOR: R\$ 1.736,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061238
AUTENTICACAO SISBB: 3.5BC.0B1.D67.E28.D5F

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
91	SIRLENE COSTA SILVA LAVADEIRA	516305	1	1
		Admissão:	13/03/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
992	TROCO DO MES	0,00	0,27		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	7,88		148,38	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.884,38	148,38	
			Valor Líquido →	1.736,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.884,11	1.884,11	150,72	1.319,31	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
91	SIRLENE COSTA SILVA LAVADEIRA	516305	1	1
		Admissão:	13/03/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
992	TROCO DO MES	0,00	0,27		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	7,88		148,38	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.884,38	148,38	
			Valor Líquido →	1.736,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.884,11	1.884,11	150,72	1.319,31	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0698-X - MIGUELOPOLIS
CONTA: 60.000.168-4

FAVORECIDO: SUMAIR RONDADO JAMBERCI
CPF/CNPJ: 293.403.078-44
VALOR: R\$ 1.765,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061239
AUTENTICACAO SISBB: B.FAC.5CE.33F.F70.31A

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
201	SUMAIR RONDADO JAMBERCI TÉCNICO EM ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	04/08/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.633,54		
992	TROCO DO MES	0,00	0,57		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	7,89		151,25	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,26		0,26	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.916,51	151,51	
			Valor Líquido →	1.765,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.633,54	1.915,94	1.915,94	153,27	1.351,14	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
201	SUMAIR RONDADO JAMBERCI TÉCNICO EM ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	04/08/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.633,54		
992	TROCO DO MES	0,00	0,57		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	7,89		151,25	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,26		0,26	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.916,51	151,51	
			Valor Líquido →	1.765,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.633,54	1.915,94	1.915,94	153,27	1.351,14	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 2412-0 - MIGUELOPOLIS
CONTA: 9.621-0

FAVORECIDO: THIAGO AURELIO DE ARAUJO SILVA
CPF/CNPJ: 379.094.498-01
VALOR: R\$ 1.916,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061240
AUTENTICACAO SISBB: 0.7CC.1BD.B5A.C7C.2A5

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
106	THIAGO AURELIO DE ARAUJO SILVA PORTEIRO	517410	1	1	
		Admissão:	20/03/2020		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,48		
992	TROCO DO MES	0,00	0,26		
255	ADICIONAL NOTURNO (AT)	402,88	402,88		
998	I.N.S.S.	7,98		166,20	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,13		0,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.082,33	166,33	
			Valor Líquido →	1.916,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	2.082,07	2.082,07	166,56	1.517,27	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
106	THIAGO AURELIO DE ARAUJO SILVA PORTEIRO	517410	1	1	
		Admissão:	20/03/2020		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,48		
992	TROCO DO MES	0,00	0,26		
255	ADICIONAL NOTURNO (AT)	402,88	402,88		
998	I.N.S.S.	7,98		166,20	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,13		0,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.082,33	166,33	
			Valor Líquido →	1.916,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	2.082,07	2.082,07	166,56	1.517,27	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0698-X - MIGUELOPOLIS
CONTA: 60.007.042-8

FAVORECIDO: VINNICIUS ROBERTO DA SILVA LARANJEI
CPF/CNPJ: 490.315.318-55
VALOR: R\$ 2.024,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061241
AUTENTICACAO SISBB: 5.FB1.810.C15.0F7.F0B

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
102	VINNICIUS ROBERTO DA SILVA LARANJEIRA AUXILIAR DE FATURAMENTO	413115	1	1
		Admissão:	12/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	50,48	50,48		
992	TROCO DO MES	0,00	0,72		
20	GRATIFICACOES	600,00	600,00	176,86	
998	I.N.S.S.	8,04		0,34	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,34			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.201,20	177,20	
			Valor Líquido →	2.024,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	2.200,48	2.200,48	176,03	1.635,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
102	VINNICIUS ROBERTO DA SILVA LARANJEIRA AUXILIAR DE FATURAMENTO	413115	1	1
		Admissão:	12/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	50,48	50,48		
992	TROCO DO MES	0,00	0,72		
20	GRATIFICACOES	600,00	600,00	176,86	
998	I.N.S.S.	8,04		0,34	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,34			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.201,20	177,20	
			Valor Líquido →	2.024,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	2.200,48	2.200,48	176,03	1.635,68	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC

AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 756 - BANCO SICCOB S.A.
AGENCIA: 3206-9 - CC COOCRELIVRE
CONTA: 3.216.176-0

FAVORECIDO: RODRIGO BORGES LACERDA JUNQUEIRA
CPF/CNPJ: 401.018.338-14 3.400,00
VALOR: R\$
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061242
AUTENTICACAO SISBB: 0.4B5.6D4.F9B.C4B.E39

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
57	RODRIGO BORGES LACERDA JUNQUEI FARMACÊUTICO	223405	1	1
		Admissão:	01/03/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.746,58		
992	TROCO DO MES	0,00	0,57		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
20	GRATIFICACOES	471,25	471,25		
301	DESCONTO JUDICIAL	406,45		406,45	
998	I.N.S.S.	9,97		448,84	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		222,70	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,31		0,31	
298	CONTRIBUICAO COTA SINDICAL FARMACIA	22,50		22,50	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.500,80	1.100,80	
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 106.323-5			Valor Líquido →	3.400,00	
		Agência: 860 - 5			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3.746,58	4.500,23	4.500,23	360,01	3.935,43	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
 Assinatura do Funcionário _____
 Data _____

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
57	RODRIGO BORGES LACERDA JUNQUEI FARMACÊUTICO	223405	1	1
		Admissão:	01/03/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.746,58		
992	TROCO DO MES	0,00	0,57		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
20	GRATIFICACOES	471,25	471,25		
301	DESCONTO JUDICIAL	406,45		406,45	
998	I.N.S.S.	9,97		448,84	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		222,70	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,31		0,31	
298	CONTRIBUICAO COTA SINDICAL FARMACIA	22,50		22,50	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.500,80	1.100,80	
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 106.323-5			Valor Líquido →	3.400,00	
		Agência: 860 - 5			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3.746,58	4.500,23	4.500,23	360,01	3.935,43	22,50

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
 Assinatura do Funcionário _____
 Data _____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 65.825.840-9

FAVORECIDO: MARIA DO SOCORRO SANTOS LOURENCO
CPF/CNPJ: 057.402.768-88
VALOR: R\$ 1.625,00
DEBITO EM: 12/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061243
AUTENTICACAO SISBB: A.E56.46E.359.737.A4E

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
76	MARIA DO SOCORRO SANTOS LOURENÇO COZINHEIRA	513220	1	1
		Admissão:	10/05/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
992	TROCO DO MES	0,00	0,90		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
8794	DIAS FALTAS DSR	1,00		51,67	
998	I.N.S.S.	7,80		137,39	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,45		0,45	
8792	DIAS FALTAS	1,00		51,67	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.866,18	241,18	
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 15.708-5			Valor Líquido →	1.625,00	
Agência: 860 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.761,94	1.761,94	140,95	1.197,14	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário _____
Data _____

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
76	MARIA DO SOCORRO SANTOS LOURENÇO COZINHEIRA	513220	1	1
		Admissão:	10/05/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
992	TROCO DO MES	0,00	0,90		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
8794	DIAS FALTAS DSR	1,00		51,67	
998	I.N.S.S.	7,80		137,39	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,45		0,45	
8792	DIAS FALTAS	1,00		51,67	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.866,18	241,18	
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 15.708-5			Valor Líquido →	1.625,00	
Agência: 860 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.761,94	1.761,94	140,95	1.197,14	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário _____
Data _____

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
84	ROSEMEIRE RANGEL PEREIRA AUXILIAR DE ARQUIVO (SAME)	415105	1	1
		Admissão:	02/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.053,48		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	75,25		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	20,97	20,97		
992	TROCO DO MES	0,00	0,88		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83		
20	GRATIFICACOES	350,00	350,00		
998	I.N.S.S.	7,81		139,20	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,78		0,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.782,98	139,98	
			Valor Líquido ➡	1.643,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.128,73	1.782,10	1.782,10	142,56	1.217,30	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
84	ROSEMEIRE RANGEL PEREIRA AUXILIAR DE ARQUIVO (SAME)	415105	1	1
		Admissão:	02/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.053,48		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	75,25		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	20,97	20,97		
992	TROCO DO MES	0,00	0,88		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83		
20	GRATIFICACOES	350,00	350,00		
998	I.N.S.S.	7,81		139,20	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,78		0,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.782,98	139,98	
			Valor Líquido ➡	1.643,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.128,73	1.782,10	1.782,10	142,56	1.217,30	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 12 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

13/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:34:58
08600860 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	13/06/2024
NR. DOCUMENTO	170.860.510.106.370
VALOR TOTAL	1.736,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA FERREIRA
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 510.106.370-X

VARIACAO DA POUPANCA 51
NR. DOCUMENTO 170.860.000.009.384

=====

NR.AUTENTICACAO	A.D54.764.F28.636.5AA
-----------------	-----------------------

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
38	MARIA APARECIDA FERREIRA DE SOUZA LAVADEIRA	516305	1	1
		Admissão:	01/11/2001	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.395,00		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	155,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
992	TROCO DO MES	0,00	0,47		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	28,24		
998	I.N.S.S.	7,88		148,38	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,20		0,20	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.884,58	148,58	
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 106-37			Valor Líquido →	1.736,00	
Agência: 860 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.884,11	1.884,11	150,72	1.319,31	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
38	MARIA APARECIDA FERREIRA DE SOUZA LAVADEIRA	516305	1	1
		Admissão:	01/11/2001	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.395,00		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	155,00		
261	REAJUSTE SALARIAL RETROATIVO	51,71	51,71		
992	TROCO DO MES	0,00	0,47		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	28,24		
998	I.N.S.S.	7,88		148,38	
993	TROCO MES ANTERIOR	0,20		0,20	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.884,58	148,58	
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 106-37			Valor Líquido →	1.736,00	
Agência: 860 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.550,00	1.884,11	1.884,11	150,72	1.319,31	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 13 JUN 2024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

14/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:45:41
08600860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.156.000.000.169
VALOR TOTAL	1.052,75

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CARLOS A MORIS JUNIOR
AGENCIA: 0156-2 CONTA: 169-4
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR.AUTENTICACAO	0.CE2.550.E7F.E0A.417
-----------------	-----------------------



Poder Judiciário
Justiça do Trabalho
Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região

3ª
Sra. Com.
22.06.24

Ação Trabalhista - Rito Sumaríssimo 0010288-03.2023.5.15.0052

Processo Judicial Eletrônico

Data da Autuação: 23/03/2023

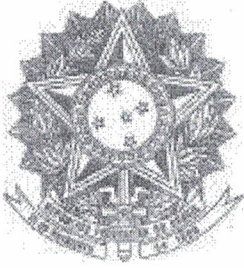
Valor da causa: R\$ 22.296,60

Partes:

AUTOR: CAMILA BUZZO ZAMARIOLLI RODRIGUES
ADVOGADO: FERNANDA APARECIDA COSTA DOS SANTOS
ADVOGADO: CARLOS ALBERTO MORIS JUNIOR
RÉU: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
ADVOGADO: RODRIGO TOSTA BARBOSA MOYSES
PERITO: LETICIA FERREIRA ALVES

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

14062024



PODER JUDICIÁRIO
 JUSTIÇA DO TRABALHO
 TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO
 Vara do Trabalho de Ituverava
 ATSum 0010288-03.2023.5.15.0052
 RECLAMANTE: CAMILA BUZZO ZAMARIOLLI RODRIGUES
 RECLAMADO(A): SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

ATA DE AUDIÊNCIA

Em 10 de abril de 2024, na sala de sessões da MM. Vara do Trabalho de Ituverava, sob a direção do(a) Exmo(a). Sr(a). Juiz(a) do Trabalho RENATO CESAR TREVISANI, realizou-se audiência relativa à Ação Trabalhista - Rito Sumaríssimo número 0010288-03.2023.5.15.0052, supramencionada.

Às 13:50, aberta a audiência, foram apregoadas as partes.

Presente a parte reclamante CAMILA BUZZO ZAMARIOLLI RODRIGUES, pessoalmente, acompanhado(a) de seu(a) advogado(a), Dr(a). CARLOS ALBERTO MORIS JUNIOR, OAB 246960/SP.

Presente a parte reclamada SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS, na pessoa do preposto Antônio Teodoro de Pádua, presente ainda o (a) seu(a) advogado(a), Dr(a). RODRIGO TOSTA BARBOSA MOYSES, OAB 354932/SP.

Neste ato as partes se conciliam nos seguintes termos: A parte ré, para quitação da presente execução (valor líquido da autora mais sucumbência do patrono do autor), pagará à parte autora a importância líquida de: ~~R\$3.158,25~~, em **03 parcelas iguais, mensais e sucessivas no valor de R\$1.052,75 cada, todo dia 22 de cada mês, ou 1º dia útil subsequente, iniciando-se em 22.04.2024**, diretamente ao patrono da parte autora, mediante depósito bancário.

A parte autora deverá comunicar nos autos eventual descumprimento, **no prazo de 05 dias do vencimento de cada parcela ou do acordo, presumindo-se no silêncio o seu pagamento.**

O descumprimento do acordo importará **multa de 50%** sobre o saldo devedor que será atualizado, prosseguindo-se o processo com atos de penhora e inclusão no BNDT, já que dispensada citação pelo(a) réu(ré). Os(As) sócios(as) do(a) réu(ré) se responsabilizam solidariamente pelo cumprimento do avençado, dispensando expressamente a instauração de incidente de despersonalização da pessoa jurídica. Responderá o(a) autor(a) pelos prejuízos que causar ao(a) réu(ré) caso noticie incorretamente o inadimplemento. Presumir-se-á o pagamento total no

14062024

prazo de 30 dias contados do vencimento da última parcela. Cumprido, arquivem-se os autos.

Verbas discriminadas na forma do laudo contábil.

Pagamento dos honorários periciais contábeis e custas no mesmo prazo e parcelamento acima, pela ré. Com a vinda dos depósitos, libere-se ao perito.

A parte autora, de outro lado, pagará os honorários sucumbenciais à ré, no valor de R\$1.874,89, em 4 parcelas mensais, iguais e sucessivas de R\$ 468,72, todo dia 15 ou primeiro útil subsequente, a conta de 15.05.2024, mediante depósito bancário (dados já informados).

Cláusula penal na mesma forma acima.

HOMOLOGA-SE o presente acordo para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Considerando-se os termos da da Portaria MF n. 582, do Ministério da Fazenda, de 11/12/2013, bem como nos termos da Recomendação GP-CR n. 03/2011, de 19 de setembro de 2011, deste E. TRT da 15ª Região, que recomenda que os Juízes deixem de promover a intimação da União Federal, representada pela Procuradoria-Geral Federal, nos processos tramitando em 1ª ou 2ª instância em que o valor da contribuição previdenciária devida seja igual ou inferior a R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), deixo de determinar a intimação do INSS.

Cumprido o acordo e nada mais havendo, arquivem-se.

14062024

"Conheça o aplicativo Justiça do Trabalho Eletrônica - JTe, desenvolvido pelo Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região e integrado aos sistemas judiciais da 15ª Região. Por meio dele, será possível acompanhar o andamento das pautas de audiência, iniciar chat com outros usuários da ferramenta, verificar a tramitação, consultar decisões e sentenças e até selecionar processos favoritos para recebimento de notificações acerca da movimentação. O aplicativo está disponível tanto para iphone quanto para android, podendo ser baixado nas lojas apple store e google play. Por fim, é importante esclarecer que essas consultas

possuem caráter meramente informativo, não substituindo as intimações realizadas no PJe, nem ocasionando início da contagem de prazos processuais."

Cientes, nada mais, encerrando-se a audiência às 14h08min.

RENATO CESAR TREVISANI
Juiz(a) do Trabalho

Ata redigida por *PAULA REGINA SANTOS NOGUEIRA*, Secretário(a) de Audiência.

14062024



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR TREVISANI - Juntado em: 13/04/2024 18:04:51 - a25c357
<https://pje.trt15.jus.br/pejz/validacao/24041215272743800000226363957?instancia=1>
Número do processo: 0010288-03.2023.5.15.0052
Número do documento: 24041215272743800000226363957

14/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:45:41
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.860.000.040.361
VALOR TOTAL	390,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOAQUIM MAZETTO ME
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 40.361-X
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR.AUTENTICACAO	B.BD4.56D.164.459.9AF
-----------------	-----------------------

RECEBEMOS DE JOAQUIM MAZETTO & CIA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

Nº 000.000.346

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SÉRIE: 1

JOAQUIM MAZETTO & CIA LTDA

AV LUIZ BORGES DO NASCIMENTO, 994 - - LAPA,
Miguelopolis, SP - CEP: 14530000

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída

1

Nº 000.000.346

SÉRIE: 1

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524 0501 4267 9700 0156 5500 1000 0003 4610 0000 0715

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241110014066 - 27/05/2024 10:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL
445012010113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF
01.426.797/0001-56

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA MIGUELOPOLIS

CNPJ CPF

52.343.829/0001-90

DATA DA EMISSÃO

27/05/2024

ENDEREÇO

RUA JOSÉ JACOB DAUR, 925 -

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14530-000

DATA DE ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

Miguelopolis

FONE/FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE ENTRADA SAÍDA

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	390,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	390,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
01	BOTIJAÓ DE GAS GLP 45KG	27111910	0400	5102	UN	1,0000	390,0000	390,00					

Pago com Recurso de Subvenção Social

Termo N.º 2024

Data: 14 JUN 2024

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
	14062024

14/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:45:41
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/06/2024
NR. DOCUMENTO	553.062.000.114.660
VALOR TOTAL	1.833,60

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: NOVA HOSPITALAR COMERCIAL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 114.660-2
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR. AUTENTICACAO	9.A24.40A.F37.C74.677
------------------	-----------------------



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
NOVA HOSPITALAR
COMERCIAL E IMPORTADORA
LTDA
 RUA PAOLO PERIOTTO, 363
 Bairro: JARDIM DE CRESCI
 13571-618 Sao Carlos - SP
 Fone: (16)3413-8008
 Fax: (16)3413-8008

DANFE
 DOCUMENTO
 AUXILIAR DA NOTA
 FISCAL ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA **1**



CHAVE DE ACESSO
 3524.0521.0364.1700.0184.5500.0000.0237.3210.0142.6436

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

DADOS DA NF-e

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102 Venda Dentro do Estado

135241028177312 - 16/05/2024 11:10:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL

637.341.109.119

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

21.036.417/0001-84

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

CNPJ

52.343.829/0001-90

DATA EMISSÃO

16/05/2024

ENDEREÇO

R JOSE JACOB DAUR, 925

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14530-000

DATA DA SAÍDA

16/05/2024

MUNICÍPIO

Miguelopolis

FONE / FAX

(016)3835-6700

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

11:12:27

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CPF/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

23732/1 - 16/05/24 - 1833,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.833,60

VALOR DO ICMS

330,05

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.833,60

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.833,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM G

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

1-DESTINATÁRIO

0

CÓDIGO ANNT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

23.246.316/0001-63

ENDEREÇO

AV 10. 1126

MUNICÍPIO

RIO CLARO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

587.220.280.115

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CX

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

1,2500

PESO LÍQUIDO

1,2500

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
1906 38221920	TIRA TESTE GLICOSE ON CALL PLUS II CX C/50 Marca: ACON Lote: 1292210 - 29/10/2025 Qtde: 40.00 Numero da FCI:	000 5102	CX	40,0000	45,8400	0,0000 0,0000%	1.833,60	1.833,60	330,05 0,00	0,00	18,00	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social

Termo N.º 2024

Data: 14 JUN 2024

14062024

462751352

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Conferir mercadoria no ato da entrega - Não aceitaremos reclamações posteriores a 24h / PRODUTOS ISENTOS DE PIS E COFINS, CONFORME LEI 10.147/2000. /

RESERVADO AO FISCO

CONFERIDO / RECEBIDO

Data: 20/05/2024

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR



HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

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

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

Cliente: 5074-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

Orçamento: 2016269

Endereço: JOSE JACOB DAUR

Nº: 925

Cmpli:

Contato:

Bairro: CENTRO

Cidade: MIGUELOPOLIS

CEP: 14530000

	Descrição	Marca	Qtd.	Cx. C/	Vlr. Únit.	Vlr. Cx.	Vlr. Total	CD	Cód. Anvisa
1	2122-HIDROCORTISONA (ANDROCORTIL) 100MG C/50 F/A S/DIL - IM/IV - 2595	TEUTO	10	50	4,8288	241,44	2414,40	MG	1037004630046
2	2069-HIDROCORTISONA (ANDROCORTIL) 500MG C/50 F/A S/DIL - IM/IV - 2596	TEUTO	10	50	6,2640	313,20	3132,00	MG	1037004630062
3	5176-ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) 500MG C/100 AMP 5ML VD AMBAR -IV - 07040014	FARMACE	3	100	1,2388	123,88	371,64	SP	1108500280026
4	1721-TRAMADOL (A2) [GEN] 50MG 1ML C/60 AMP - IM/IV/SC - 9068	TEUTO	10	60	1,5750	94,50	945,00	MG	1037005020039
5	787-BENZILPENICILINA (BEPEBEN) 1.200.000UI C/50 F/A S/DIL - IM - 2505	TEUTO	5	50	10,9698	548,49	2742,46	MG	1037001000092
6	861-FITOMENADIONA (KAVIT) 10MG/ML - 1ML C/25 AMP - IM - 512418/70000407	CRISTALIA	1	25	3,9044	97,61	97,61	MG	1029801150055
7	3338-ENOXAPARINA (GHEMAXAN) 40MG C/10 SER 0,4ML DISP SEG - IV/SC - RV000058	BIOMM	10	10	20,5200	205,20	2052,00	MG	1334800030043
8	4108-BROMOPRIDA [GEN] 10MG C/50 AMP 2ML - USO AD/PEP - VIA IV/IM - WFFPT300	WASSER FAR	4	50	2,4750	123,75	495,00	MG	1458700050021
9	949-TORNEIRINHA 3 VIAS L.SLIP C/50 UN - 0380101/0381101	DESCARPACK	6	50	0,7793	38,96	233,78	MG	10330660036
10	1442-MEROPENEM [GEN] 1G C/25 F/A S/DIL - IV 1302014- 513509	BIOCHIMICO	4	25	21,4500	536,25	2145,00	MG	1006302290111
11	694-PROMETAZINA (PAMERGAN) 25MG/ML 2ML C/50 AMP - VIA IM - 500088/70000360	CRISTALIA	2	50	3,9874	199,37	398,74	MG	1029800420016
12	930-AGULHA DESCARTAVEL HIPODERMICA 26G 13X4,5 C/100 UN - 0353101	DESCARPACK	10	100	0,0719	7,19	71,93	MG	10330669063
13	4682-AGULHA DESCARTAVEL HIPODERMICA 18G 40X12 C/100 UN - 5100200021	INJEX	10	100	0,0870	8,70	87,04	MG	10160610061



HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

CD MG

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

CD SP

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

Cliente: 5074-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

Orçamento: 2016269

Endereço: JOSE JACOB DAUR

Nº: 925

Cmpl:

Contato:

Cidade: MIGUELOPOLIS

CEP: 14530000

	Descrição	Marca	Qtd.	Cx. C/	Vlr.Únit.	Vlr.Cx.	Vlr.Total	CD	Cód.Anvisa
14	931-AGULHA DESCARTAVEL HIPODERMICA 18G 40X12 C/100 UN - 03533601	DESCARPACK	10	100	0,0869	8,69	86,94	MG	10330669063
15	3728-AGULHA DESCARTAVEL HIPODERMICA 21G 30X8 C/100 UN - 5100200020	INJEX	10	100	0,0830	8,30	82,99	MG	10160610061
16	5097-DIAZEPAM (B1) [GEN] 10MG 2ML C/100 AMP - IM/IV - 10010029	HIPOLABOR	2	100	1,0611	106,11	212,22	MG	1134301520018
17	344-DIAZEPAM (B1) (COMPAZ) 10MG 2ML C/50 AMP - IM/IV - 500015/ 70000359	CRISTALIA	2	50	1,8448	92,24	184,48	MG	1029800080142
18	5281-FITA CREPE ADESIVA 16MMX50M INDIVIDUAL - 668247	CREMER	40	1	6,9630	6,96	278,52	MG	0000000000000
19	5030-ESPARADRAPO IMPERMEAVEL 10CMX4,5M C/12 Ref. 257199- 663006	PROCITEX	2	12	12,1979	146,37	292,75	MG	0080245219058
20	1943-AGUA PARA INJECAO 10ML C/200 AMP - 40000154	ISOFARMA	15	200	0,3480	69,60	1044,00	MG	1031101580024
21	2316-CATETER INTRAVENOSO 24GX19MM C/100 UN - 0363601	DESCARPACK	5	100	0,9186	91,86	459,29	MG	103306660066
22	327-HALOPERIDOL (C1) (HALO) 5MG C/200 COMP - 504388/ 70000498	CRISTALIA	3	200	0,3132	62,64	187,92	MG	1029800200253
23	1431-FUROSEMIDA [GEN] 20MG C/100 AMP 2ML - IM/IV - 41010069	HYPOFARMA	3	100	1,3179	131,79	395,37	MG	1038700380011
24	1440-DIPIRONA [GEN] 1GR 2ML C/120 AMP - IM/IV - 2658	TEUTO	20	120	1,7595	211,14	4222,80	MG	1037004700052
25	2650-FENITOINA (C1) [GEN] 50 MG/ML - 5 ML C/ 72 AMP - IM / IV - 1419	TEUTO	2	72	2,3730	170,86	341,71	MG	1037005070044
26	2129-ESCOPOLAMINA+DIPIRONA (HIOSPAN COMPOSTO) 4MG/ML 5ML C/120 AMP - IM/IV - 2842	TEUTO	4	120	2,9970	359,64	1438,56	MG	1037000280083



HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

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

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

Cliente: 5074-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

Orçamento: 2016269 **Endereço: JOSE JACOB DAUR**

Nº: 925 **Cmpl:**

Contato: **Cidade: MIGUELOPOLIS** **CEP: 14530000**

	Descrição	Marca	Qtd.	Cx. C/	Vlr.Únit.	Vlr.Cx.	Vlr.Total	CD	Cód.Anvisa
27	396-MORFINA (A1) (DIMORF) 10MG/ML 1ML C/50 AMP - IV/IM - 490022/ 70000426	CRISTALIA	2	50	3,1320	156,60	313,20	MG	1029800970032
28	300-MORFINA (A1) (DIMORF) 1,0MG/ML 2ML C/50 AMP - IV/IM - STERILE PACK - 402023/70000049	CRISTALIA	2	50	7,2164	360,82	721,64	MG	1029800970131
29	298-MORFINA (A1) (DIMORF) 0,2MG/ML 1ML C/50 AMP - IV - STERILE PACK - 401020/ 70000040	CRISTALIA	2	50	6,4754	323,77	647,54	MG	1029800970148
30	5148-CEFTRIAXONA [GEN] 1G C/100 F/A PO SIDIL - USO ADIPED - VIA IV - PA8060	BLAU FARMA	10	100	5,4376	543,76	5437,58	MG	1163701740061
31	374-POLIVITAMINICO (HYPLEX-B) C/100 AMP 2ML - USO AD - VIA IV/IM 41010120- 41010250	HYOFARMA	6	100	1,0484	104,84	629,04	MG	1038700290012
32	1896-RHOPHYLAC MBR 300G 2ML BR (IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO(D)) (G) - 43327	CSLBEHRING	2	1	289,6100	289,61	579,22	MG	1015101210012
33	2327-AMINOFILINA [GEN] 24MG/ML - 10ML C/50 AMP - IV - 9073	TEUTO	3	50	6,1622	308,11	924,33	MG	1037002860011
34	3493-CAMPO OPERATORIO (45X50CM) 38G C/50 N/ESTERIL C/FIO RX ALVA - 158618	CREMER	3	50	4,3256	216,28	648,85	MG	0080245210069
35	2337-SCALP 23G LOCK C/100 UN - 0421301	DESCARPACK	5	100	0,2774	27,74	138,69	MG	10330660262
36	1284-COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5CM (15X30) 09F C/500 N/ESTERIL IRIS Ref. antiga 158434- 664317	CREMER	4	500	0,0950	47,51	190,06	MG	0080245210082
37	1350-SERINGA DESCARTAVEL 3ML L.SLIP S/AG C/100 UN - 0324101	DESCARPACK	8	100	0,1803	18,03	144,22	MG	10330669025
38	1325-SERINGA DESCARTAVEL 5ML L.SLIP S/AG C/100 UN - 0324301	DESCARPACK	350	100	0,2053	20,53	7184,62	MG	10330669025
39	5116-COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 2L BOLSA ESTERIL C/PONTA DE COLETA - 6280	MEDIX	3	1	4,7347	4,73	14,20	MG	80495510024



HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

CD MG

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

CD SP

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

Cliente: 5074-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

Orçamento: 2016269

Endereço: JOSE JACOB DAUR

Nº: 925

Cmpl:

Contato:

Cidade: MIGUELOPOLIS

CEP: 14530000

40	Descrição	Marca	Qtd.	Cx. C/	Vlr.Únit.	Vlr.Cx.	Vlr.Total	CD	Cód.Anvisa
	4888-MASCARA DESCARTAVEL CX C/50 UN BRANCA C/ELASTICO TRIPLA - 198c	ANADONA	60	50	0,1382	6,91	414,72	SP	801175340004

13/05/2024

Observação:

MG - CNPJ: 11.872.656/0001-10: R\$ 41615.7
SP - CNPJ: 11.872.656/0002-00: R\$ 786.36
TOTAL: 42.402,08

Vendedor: GRAZIELLYC

Condição de pagamento: 28

Tel.: 34 32215300

Validade da proposta: 20/05/2024

Agradecemos a preferência !


BRASIL FARMAON MEDICAMENTOS FARMACEUTICOS LTDA

 RUA 07, 120 - SETOR FLAMBOYANT
 CEP:75710-864 - CATALÃO - GO

 CNPJ:40.254.918/0001-81 - IE:10.819.764-6
 Usuário: Celso

ORCAMENTO Nº 268458
13 DE MAIO DE 2024
Agente: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS (2502)

Fantasia: STA CASA MIGUELOPOLIS

Endereço: R JOSE JACOB DAUR,295

Cidade: MIGUELÓPOLIS

Bairro: CENTRO

Cnpj/Cpf: 52.343.829/0001-90

Contato:
Cep: 14530-000

Telefone: (16)981-562-001

Uf: SP

E-mail: comprasantacasamig@gmail.com
IE/RG: ISENT0

Produtos

Item	Código	Descrição	Emb. Padrão	Un	Qty	Unitário	Total
0001	25534	HIDROXIDO DE ALUMINIO (ALUMIMEC)/60MG/ML 100ML/IMEC	CX-50	FR	20	4,2000	84,00
0002	24866	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA DI-HIDRATADO GEN/2MG/ML 2ML/HIPOLABOR	CX-100	AMP	200	1,9000	380,00
0003	17485	ACIDO ASCORBICO REF. VITAMINA C/100MG/ML IV/IM 5ML/HYPOFARMA	CX-100	AMP	300	1,1000	330,00
0004	22844	TORNEIRA/3 VIAS ESTERIL LUER SLIP/MEDIX/50-UN	CX-50	CX	6	35,0000	210,00
0005	12530	CLORIDRATO DE PROMETAZINA (PAMERGAN)/50MG 2ML/CRISTALIA	CX-50	AMP	50	4,7000	235,00
0006	25393	AGULHA HIPODERMICA/26G (13X0,45MM)/TKL/100-UN	CX-100	CX	1	7,0000	7,00
0007	25394	AGULHA HIPODERMICA/18G (40X1,2MM)/TKL/100-UN	CX-100	CX	1	8,0000	8,00
0008	25391	AGULHA HIPODERMICA/21G (30x0,8MM)/TKL/100-UN	CX-100	CX	1	7,0000	7,00
0009	22865	FUROSEMIDA GEN/10MG/ML SOL INJ 2ML/TEUTO/60-AMP validade 30-11-2024	CX-60	CX	3	69,0000	207,00
0010	17492	DIPIRONA SODICA (DIPIFARMA)/500MG/ML IM/IV 2ML/FARMACE/100-AMP	CX-100	CX	4	185,0000	740,00
0011	17387	FENITOINA SODICA GEN/50MG/ML IM/IV 5ML/HIPOLABOR/100-AMP	CX-100	CX	2	225,0000	450,00
0012	17648	FOSFATO DISSODICO DEXAMETASONA GEN/2MG/ML IM/IV 1ML/HYPOFARMA/50-AMP	CX-50	CX	1	87,5000	87,50
0013	17385	SULFATO DE MORFINA GEN/10MG/ML IV/IM/PERIDURAL/INTRATECAL 1ML/HIPOLABOR/100-AMP	CX-100	CX	2	230,0000	460,00
0014	17439	VITAMINAS DO COMPLEXO B (HYPLEX B)/IM/IV 2ML/HYPOFARMA/100-AMP	CX-100	CX	6	150,0000	900,00
0015	20640	SCALP/23G LUER LOCK POLYBAG/MEDIX/100-UN	CX-100	CX	5	23,0000	115,00

0016	23017	SERINGA/3ML S/AG LUER SLIP/MEDIX	CX-100	UN	100	0,1700	17,00
0017	24088	SERINGA/5ML S/AG LUER SLIP/MEDIX	CX-100	UN	100	0,2100	21,00
0018	25463	BOLSA COLETORA DE URINA/STANDARD SIST. FECHADO 2L/MEDIX	UN-1	UN	1	4,1000	4,10
0019	19735	LUVA DE PROCEDIMENTO/TAM. M NAO ESTERIL C/ PO/MEDIX/100-UN	CX-100	CX	40	27,0000	1.080,00
0020	17963	MASCARA DESCARTAVEL/TRIPLA C/ ELASTICO/MEDIX/50- UN	CX-50	CX	30	4,0000	120,00

Total Geral: R\$ 5.462,60

**** CINCO MIL, QUATROCENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E SESENTA CENTAVOS ****

Observações:

FAT MINIMO 700,00

Difal Projetado: 417,94

Cond. Pagto: A VISTA

Validade Proposta: 5 Dias da Abertura

Transportadora: Cif -

Vendedor: VENDEDOR 04

**PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA**

VIA ANHANGUERA, KM 307 L-11 GP02 - PQ RESID CANDIDO PORTINARI

CEP:14093-500 - RIBEIRÃO PRETO - SP

TEL:(16)3236-9010

CNPJ:30.461.442/0004-49 - IE:121.717.155.116

www.precisionhospitalar.com.br financeiro@precisionhospitalara.com.br Usuário:Vanessa Sousa

ORCAMENTO Nº 1606916**13 DE MAIO DE 2024****Agente:** SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS (3203)**Contato:** DAGOBERTO**Fantasia:** SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS**Cep:** 14530-000**Endereço:** RUA JOSE JACOB DAUR,925**Telefone:** (16)992-118-662**Cidade:** MIGUELOPOLIS**Uf:** SP**Bairro:** CENTRO**E-mail:** comprasantacasamig@gmail.com**Cnpj/Cpf:** 52.343.829/0001-90**IE/RG:** ISENT0**Produtos**

Item	Código	Descrição	Emb.	Padrão	Un	Qtd	Unitário	Total
0001	15359	GLIQCORT (SUCCINATO SODICO DE HIDROCORTISONA)/100MG IM/IV CX/50 FR-AMP/FRESENIUS-NOVAFARMA	UN-50	CX	10	251,6000	2.516,00	
0002	15627	CLORIDRATO ONDANSETRONA/2MG/ML C/2ML (4MG) CX/50 AMP (IM/IV)/FRESENIUS	UN-50	CX	3	73,5900	220,77	
0003	4337	DICLOFENACO SODICO/25MG/ML C/ 3ML (75MG) CX/50 AMP/UNIAO QUIMICA	UN-50	CX	8	55,2000	441,60	
0004	15253	BEPEBEN (BENZILPENICILINA BENZATINA)/1.200.000UI PO INJ CX/50 FR-AMP (IM)/TEUTO	UN-50	CX	5	368,5900	1.842,95	
0005	15667	HEPTRIS (ENOXAPARINA SODICA)/40MG/0,4ML CX/10 SERINGAS C/ DISP. (SC/IV)/MYLAN	UN-10	CX	10	160,0000	1.600,00	
0006	15227	BROMOPRIDA/10MG/2ML SOL INJ CX/50 AMP (IM/IV)/WASSER	UN-50	CX	4	88,9000	355,60	
0007	14993	FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA/4MG/ML C/2,5ML (10MG) CX/100 AMP (IM/IV)/HIPOLABOR	UN-100	CX	5	164,0000	820,00	
0008	15208	HYCIMET (CIMETIDINA)/ 300MG/ 2ML CX/100 AMP (IV/IM)/HYPOFARMA	UN-100	CX	5	128,0000	640,00	
0009	15804	PROMETAZOL (CLORIDATO DE PROMETAZINA)/25MG/ML C/2ML (50MG) CX/100 AMP (IM)/HIPOLABOR	UN-100	CX	2	251,5000	503,00	
0010	12659	METRONIDAZOL/5MG/ML C/100ML (500MG) CX/60 BOLSAS (IV)/ISOFARMA	UN-60	CX	2	251,5000	503,00	
0011	4346	UNI-DIAZEPAX (DIAZEPAM)/5MG/ML C/ 2ML(10MG) CX/50 AMP (IV/IM)***/UNIAO QUIMICA	UN-50	CX	2	65,5000	131,00	
0012	15192	(605) AGUA PARA INJECAO/CX/200 - 10ML/EQUIPLEX	UN-200	CX	15	52,3000	784,50	
0013	15673	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO 1G + 200MG/PO SOL INJ CX/25 FR-AMP (IV)/FRESENIUS	UN-25	CX	2	238,7500	477,50	
0014	15322	CEFAZOLINA SODICA/1G PO LIOF SOL INJ CX/50 FR-AMP (IM/IV)/FRESENIUS-NOVAFARMA	UN-50	CX	3	264,5000	793,50	
0015	12847	FUROSEMIDA/20MG/2ML CX/100 AMP (IV/IM)/SANTISA	UN-100	CX	3	83,0000	249,00	
0016	15680	DIPIRONA MONOIDRATADA/1G/2ML SOL INJ CX/100 AMP (IM/IV)/SANTISA	UN-100	CX	20	104,0000	2.080,00	
0017	14876	HYPOCINA COMPOSTA(BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA/+ DIPIRONA) 4MG/ML+500MG/ML C/5ML CX/50 AMP/HYPOFARMA	UN-50	CX	4	114,0000	456,00	
0018	14995	FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA/ 2MG/1ML CX/50 AMP/HYPOFARMA	UN-50	CX	1	41,4000	41,40	
0019	15192	(605) AGUA PARA INJECAO/CX/200 - 10ML/EQUIPLEX	UN-200	CX	10	52,2500	522,50	
0020	14935	PIPERACILINA SODICA + TAZOBACTAM SODICO/4G +0,5G PO SOL INJ CX/25 FR-AMP (IV)/FRESENIUS-NOVAFARMA	UN-25	CX	3	404,7500	1.214,25	

Total Geral: R\$ 16.192,57**** DEZESSEIS MIL,CENTO E NOVENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA E SETE CENTAVOS ******Cond.Pagto:** A VISTA.**Validade Proposta:** 5 Dias da Abertura

Transportadora: Cif - BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM
GERAL LTDA

Vendedor: VANESSA DE SOUSA VIEIRA

SANTA CASA - 13/05/2024

		EMPRESA: NOVA HOSPITALAR; CNPJ 21.036.417/0001-84; VENDEDOR: CARLOS SASSI		Preço
1	HIDROXIDO	UNDADE	DE ALUMINIO 6% - SUSPENSÃO ORAL - 150 ML	20
2	PROPOFOL	CRISTALIA	AMPOLA 10 MG / 20 ML	3
3	SOLUCORTEF	CAIXA	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100 MG ; CX C/50 FR	10
4	SOLUCORTEF	CAIXA	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 500 MG ; CX C/50 FR	10
5	ZOFRAN	URGENTE	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 2 MG / 2 ML; CAIXA COM 50 AMPOLAS	3
6	VITA C	CAIXA	ÁCIDO ASCÓRBICO 100 MG /5 ML ; CX C/100 AMPOLAS	3
7	VOLTAREN	CAIXA	DICLOFENACO SÓDICO 25 MG /3 ML ; CX C/100 AMPOLAS	8
8	TRAMAL	URGENTE	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50 MG/1 ML; CAIXA COM 100 AMPOLAS	10
9	PANCURON	CRISTALIA	BROMETO DE PANCURONIO 2 MG /2 ML	1
10	BENZETACIL	CAIXA	BENZILPENICILINA BENZATINA 1200.000 UI ; CX C/ 50 FR	5
11	ESKAVIT	CAIXA	FITOMENADIONA (VITAMINA K) 10 MG / 1 ML ; CX C/ 50 AMPOLAS	1
12	VERSA	CAIXA	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG / 0,4 ML ; CX C/ 10 AMPOLAS	10
13	BROMOPRIDA	CAIXA	5 MG / 2 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	4
14	DECADRON 10	CAIXA	FOSFATO DISSÓDICO DE DEXAMETASONA 4 MG / 2,5 ML CX C/ 120 AMPOLAS	5
15	TORNERINHA	CAIXA	3 VIAS ; SLIP ; CX C/ 100 UNIDADE	6
16	MEROPENEN	BLAU	MEROPENEN 1 GR CX C/25 FR (GENERICO)	4
17	CIMETIDINA	CAIXA	150 MG /2 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	5
18	PROMETAZOL	URGENTE	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG /2 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	2
19	METRONIDAZOL 0,5 5	CAIXA	METRONIDAZOL 5 MG / 100 ML ; CX C/ 60 BOLSA	2
20	AGULHA	INJEX	HIPODERMICA 30 X 7 ; SEM DISPOSITIVO ; CAIXA COM 1000 UNIDADES	10
21	AGULHA	INJEX	HIPODERMICA 13 X 4,5 ; SEM DISPOSITIVO ; CAIXA COM 1000 UNIDADES	10
22	AGULHA	INJEX	HIPODERMICA 40 X 12; SEM DISPOSITIVO CAIXA COM 1000 UNIDADES	10
23	AGULHA	INJEX	HIPODERMICA 30 X 8 ; SEM DISPOSITIVO CAIXA COM 1000 UNIDADES	10
24	DIAZEPAM	CAIXA	SANTIAZEPAM 10 MG / 2 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	2
25	AGULHA	BD NEEDLES	RAQUE INFANTIL 25 G X 2.00 - (0,5 MM X 51 MM) - REF 405078	1
26	FITA	UNDADE	ADESIVA HOSPITALAR	40
27	ESPARADRAPO	CAIXA	ESPARADRAPO CAIXA COM 72 UNIDADE	2
28	AD - 10 ML	URGENTE	AGUA PARA INJEÇÃO 10 ML ; CX C/ 200 AMPOLAS	15
29	AMOXILINA	CAIXA	AMOX. SÓDICA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 1000 MG + 200 MG CX C/ 25 FR	2

30	ABOCAT		DESCARPAK	CAIXA	TAMANHO 24 ; CX C/ 100 UNIDADE	5	1,44
31	ABOCAT		BD	CAIXA	TAMANHO 24 ; CX C/ 200 UNIDADE	3	
32	ABOCAT		POLYMED	CAIXA	TAMANHO 22 ; CX C/ 100 UNIDADE ; POLYMED OU DESCARPAC	5	1,05
33	HALOPERIDOL			CAIXA	AMPOLA 5 MG / 1 ML ; CX C/ 50 AMPOLAS	3	2,65
34	KEFAZOL			CAIXA	CEFAZOLINA SÓDICA 1 G; CX C/ 50 FR	3	6,57
35	FUROSEMIDA			CAIXA	20 MG / 2 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	3	1,44
36	DIPIRONA		URGENTE	CAIXA	DIPIRONA MONOIDRATADO 1 G / 2 ML; CX C/ 100 AMPOLAS	20	1,54
37	EQUIPO			CAIXA	MACROGOTAS COM INJETOR LATERAL ; SLIP ; CX C/ 500 UNIDADES	10	1,34
38	FENITOINA SODICA			CAIXA	FENITOINA SÓDICA 50 MG / 5 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	2	3,58
39	BUSCOPAM COMPOSTO			CAIXA	BUTILBROMETO DE ESCOP. + DIPIRONA 4 MG / ML + 500 MG / ML CX C/ 120 AMI	4	2,88
40	DECADRON			CAIXA	FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA 2 MG / 1 ML CX C/ 50 AMPOLAS	1	1,57
41	CETOPROFENO			CAIXA	CETOPROFENO 50 MG / 2 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	5	2,24
42	DIMORF			CAIXA	SULFATO DE MORFINA 10 MG / 1 ML	2	6,57
43	DIMORF		CRISTALIA	CAIXA	SULFATO DE MORFINA 1,0 MG / 2 ML - STERILE PACK ; CX C/ 50 AMPOLAS	2	8,67
44	DIMORF		CRISTALIA	CAIXA	SULFATO DE MORFINA 0,2 MG / 1 ML - STERILE PACK ; CX C/ 50 AMPOLAS	2	8,79
45	AD - 10 ML			CAIXA	AGUA PARA INJEÇÃO 10 ML ; CX C/ 200 AMPOLAS	10	0,42
46	SONDA			CAIXA	FOLEY FR 16 - 2 VIAS ; CX C/ 10 UNIDADES	3	3,24
47	CEFTRIAXONA SÓDICA		URGENTE	CAIXA	CEFTRIAXONA DISSÓDICA 1 GR ; CX C/ 100 FRASCOS (ROCEFIM)	10	6,44
48	COMPLEXO B		URGENTE	CAIXA	POLIVITAMINICO AMPOLA 2 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	6	1,64
49	CELESTONE SIMPLES			CAIXA	FOSFATO DISSODICO DE BETAMETASONA 4 MG / 1 ML ; CX C/ 50 AMPOLAS	2	8,64
50	MATERGAN			CAIXA	IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI - D 300	2	354,55
51	AMINOFILINA			CAIXA	AMINOFILINA 24 MG / 10 ML ; CX C/ 100 AMPOLAS	3	7,98
52	COMPRESSA		CREMER	PACOTE	CAMPO OPERATORIO NAÕ ESTERIL ALVA, 38 G / UNIDADE; PCT C/ 50 UNIDADES	3	62,55
53	SCALP			CAIXA	DESCARTAVEL TAMANHO 23 G ; CX C/ 100 UNIDADE	5	0,32
54	COMPRESSA		CREMER	PACOTE	DE GAZE IRIS ; HIDRÓFILA NAÕ ESTÉRIL 9 FIOS -500 GR	4	62,55
55	PIPERAZAM		BLAU	CAIXA	PIPERACILINA SÓDICA + TAZOBACTAM SÓDICO 4,0 G+500 MG CX C/ 25 FR	3	21,88
56	SERINGA			CAIXA	3 ML ; SEM AGULHA ; SLIP ; CX C/ 5000 UNIDADES	8	0,22
57	SERINGA			CAIXA	20 ML ; SEM AGULHA ; SLIP ; CX C/ 250 UNIDADE	4	0,54
58	SERINGA			CAIXA	5 ML ; SEM AGULHA ; SLIP ; CX C/ 5000 UNIDADES	7	0,25
59	BOLSA			CAIXA	COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO ESTERIL 2000 ML ; CX C/ 100 BOLSAS	3	6,88
60	LUVA			CAIXA	PARA PROCEDIMENTO COM PO LATEX TAMANHO M CX C/ 100 UNIDADE	40	26,55
61	MASCARA			CAIXA	TRIPLA DESCARTAVEL COM FILTRO ; COM ELASTICO CX C/ 100 UNIDDE	30	7,98
62	TIRA DEXTRO			CAIXA	TIRA PARA TESTE ON CALL PLUS II ; CX C/ 50 TIRAS	20	45,84

14/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:45:41
086000860 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/06/2024
NR. DOCUMENTO	553.062.000.114.660
VALOR TOTAL	1.223,30

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: NOVA HOSPITALAR COMERCIAL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 114.660-2
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR.AUTENTICACAO	5.5A5.CCD.3F1.20E.46E
-----------------	-----------------------

RECEBEMOS DE NOVA HOSPITALAR COMERCIAL E IMPORTADORA LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL Nº 23825 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/2
EMISSÃO: 31/05/2024 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS



DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIG
Total NF: 1.223,30 Volume: 3
Número Pedido: 143148

NF-e
Nº: 23825 SÉRIE: 0
FOLHA: 1/2



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**NOVA HOSPITALAR
COMERCIAL E IMPORTADORA
LTDA**
RUA PAOLO PERIOTTO, 363
Bairro: JARDIM DE CRESCI
13571-618 Sao Carlos - SP
Fone: (16)3413-8008
Fax: (16)3413-8008

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA **1**
1 - SAÍDA
Nº **23.825**
SÉRIE: **0**
FOLHA: **1/2**

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO
3524.0521.0364.1700.0184.5500.0000.0238.2510.0143.1716
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
Autorizadora

DADOS DA NF-e
135241143335808 - 31/05/2024 09:08:19

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102 Venda Dentro do Estado

INSCRIÇÃO ESTADUAL
637.341.109.119

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
21.036.417/0001-84

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NGME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

CNPJ
52.343.829/0001-90

DATA EMISSÃO
31/05/2024

ENDEREÇO
R JOSE JACOB DAUR, 925

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
14530-000

DATA DA SAÍDA
31/05/2024

MUNICÍPIO
Miguelopolis

FONE / FAX
(016)3835-6700

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
09:10:56

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CPF/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

FATURA/DUPLICATAS

23825/1 - 21/06/24 - 1223,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	1.223,30	VALOR DO ICMS	180,48	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	1.223,30		
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	1.223,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
BRASPRESS TRANSPORTES URGENTES

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE
1-DESTINATARIO
0

CÓDIGO ANNT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
48.740.351/0088-16

ENDEREÇO
AV SAO CAETANO, 237

MUNICÍPIO
ARARAQUARA

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
181.327.238.119

QUANTIDADE
3

ESPECIE
CX

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
16,5500

PESO LÍQUIDO
16,5500

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
261 30039079	(+) ONDANSETRONA 4MG/2ML SOL INJ 1V/IM (GEN) CX C/50 Marca: HYPOFARMA Lote: 24040272 - 30/04/2026 Qtde: 100.00 Numero da FCI: / CEST: 13.002.00	000 5102	AMP	100,0000	2,0100	0,0000 0,0000%	201,00	201,00	24,12 0,00	0,00	12,00	0,00
3046 90183219	AGULHA DESC 30X0,7 (22GX1/4) CX C/100 Marca: SR Lote: J1639 - 30/09/2027 Qtde: 50.00 Numero da FCI: / CEST: 13.015.00	200 5102	CX	50,0000	9,2200	0,0000 0,0000%	461,00	461,00	55,32 0,00	0,00	12,00	0,00
4084 48189090	BOBINA PGC 100X100 Marca: ZELARA Lote: 250124 - 31/12/2026 Qtde: 2.00 Numero da FCI:	200 5102	UN	2,0000	64,5500	0,0000 0,0000%	129,10	129,10	23,24 0,00	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Conferir mercadoria no ato da entrega - Nao aceitaremos reclamações posteriores a 24h / PRODUTOS ISENTOS DE PIS E COFINS, CONFORME LEI 10.147/2000. /

RESERVADO AO FISCO

CONFERIDO / RECEBIDO
Data: 03/06/2024
46275135

14062024

RECEBEMOS DE NOVA HOSPITALAR COMERCIAL E IMPORTADORA LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FI
EMISSÃO: 31/05/2024 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS



DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIG
Total NF: 1.223,30 Volume: 3
Número Pedido: 143148

NF-e
Nº: 23825 SÉRIE: 0
FOLHA: 2/2



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**NOVA HOSPITALAR
COMERCIAL E IMPORTADORA
LTDA**
RUA PAOLO PERIOTTO, 363
Bairro: JARDIM DE CRESCI
13571-618 Sao Carlos - SP
Fone: (16)3413-8008
Fax: (16)3413-8008

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA **1**

1 - SAÍDA
Nº 23.825
SÉRIE: 0
FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524.0521.0364.1700.0184.5500.0000.0238.2510.0143.1716

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

DADOS DA NF-e

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102 Venda Dentro do Estado

135241143335808 - 31/05/2024 09:08:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL

637.341.109.119

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

21.036.417/0001-84

4085 48189090	BOBINA PGC 120X100 Marca: ZELARA Lote: 250124 - 31/12/2026 Qtde: 2.00 Número da FCI:	200 5102	UN	2,0000	94,5500	0,0000 0,0000%	189,10	189,10	34,04 0,00	0,00	18,00	0,00
4086 48189090	BOBINA PGC 150X100 Marca: ZELARA Lote: 100923 - 30/08/2026 Qtde: 2.00 Número da FCI:	200 5102	UN	2,0000	121,5500	0,0000 0,0000%	243,10	243,10	43,76 0,00	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Conferir mercadoria no ato da entrega - Não aceitaremos reclamações posteriores a 24h / PRODUTOS
ISENTOS DE PIS E COFINS, CONFORME LEI 10.147/2000. /

RESERVADO AO FISCO

14062024

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF NOVA HOSPITALAR COMERCIAL E IMPORTADORA LTDA\RUA PAOLO PERIOTTO-363\SAO CARLOS-SP\21.036.417/0001-84		Ag./Cod. Beneficiário 3062-7/114660-2	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)	
Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS		Nosso Número 26913910000016414	<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> End. Insuf. <input type="checkbox"/> Outros	
Vencimento 21/06/2024	N. do Documento 23825/INF	Espécie R\$	Valor do Documento 1.223,30	
Recebi(emos) o bloqueto de características acima	Data	Assinatura	Data	Entregador

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br				Vencimento 21/06/2024
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF NOVA HOSPITALAR COMERCIAL E IMPORTADORA LTDA\RUA PAOLO PERIOTTO-363\SAO CARLOS-SP\21.036.417/0001-84				Agência / Código Beneficiário 3062-7/114660-2
Data do Documento 31/05/2024	No. do Documento 23825/INF	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 31/05/2024
Uso do Banco Carteira 17		Espécie R\$	Quantidade x	Valor =
Instruções APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% E JUROS DE 7% AO MÊS. TITULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO				Nosso Número 26913910000016414 Valor do Documento 1.223,30 <input type="checkbox"/> Desconto / Abatimento <input type="checkbox"/> Outras Deduções (Abatimento) <input type="checkbox"/> Mora / Multa <input type="checkbox"/> Outros Acréscimos <input type="checkbox"/> Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
R JOSE JACOB DAUR, 925
14530000 - MIGUELOPOLIS - SP

Cod. Interno: 00000058
CNPJ: 52.343.829/0001-90

Pagador / Avalista:

Recibo do Pagador

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br				Vencimento 21/06/2024
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF NOVA HOSPITALAR COMERCIAL E IMPORTADORA LTDA\RUA PAOLO PERIOTTO-363\SAO CARLOS-SP\21.036.417/0001-84				Agência / Código Beneficiário 3062-7/114660-2
Data do Documento 31/05/2024	No. do Documento 23825/INF	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 31/05/2024
Uso do Banco Carteira 17		Espécie R\$	Quantidade x	Valor =
Instruções APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% E JUROS DE 7% AO MÊS. TITULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO				Nosso Número 26913910000016414 Valor do Documento 1.223,30 <input type="checkbox"/> Desconto / Abatimento <input type="checkbox"/> Outras Deduções (Abatimento) <input type="checkbox"/> Mora / Multa <input type="checkbox"/> Outros Acréscimos <input type="checkbox"/> Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
R JOSE JACOB DAUR, 925
14530000 - MIGUELOPOLIS - SP

COD. INTERNO: 00000058
CNPJ: 52.343.829/0001-90

Pagador / Avalista:

Código de Barra

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



14062024



HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

CD MG

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

CD SP

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

Cliente: 5074-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

Orçamento: 2040819

Endereço: JOSE JACOB DAUR

Nº: 925

Cmpl:

Contato:

Bairro: CENTRO

Cidade: MIGUELOPOLIS

CEP: 14530000

	Descrição	Marca	Qtd.	Cx. C/	Vir.Únit.	Vir.Cx.	Vir.Total	CD	Cód.Anvisa
1	2628-AGULHA DESCARTAVEL HIPODERMICA 26G 13X4,5 C/100 UN - 5100200014	INJEX	40	100	0,0580	5,80	232,00	MG	10160610061
2	3728-AGULHA DESCARTAVEL HIPODERMICA 21G 30X8 C/100 UN - 5100200020	INJEX	40	100	0,0580	5,80	232,00	MG	10160610061
3	712-ESPARADRAPO IMPERMEAVEL 10CMX4,5M - 198973	CREMER	72	1	10,7000	10,70	770,40	MG	0080245219059
4	5030-ESPARADRAPO IMPERMEAVEL 10CMX4,5M C/12 Ref. 257199- 663006	PROCITEX	6	12	11,0000	132,00	792,00	MG	0080245219058
5	5273-AGUA PARA INJECAO 10ML C/200 AMP PLAST - 500030101	FARMARIN	15	200	0,2455	49,10	736,50	MG	1168800320183
6	5148-CEFTRIAXONA [GEN] 1G C/100 F/A PO SIDIL - USO AD/PEP - VIA IV - PA8060	BLAU FARMA	2	100	5,0000	500,00	1000,00	MG	1163701740061
7	1440-DIP'IRONA [GEN] 1GR 2ML C/120 AMP - IM/IV - 2658	TEUTO	3	120	1,2667	152,00	456,00	MG	1037004700052
8	1350-SERINGA DESCARTAVEL 3ML L.SLIP S/AG C/100 UN - 0324101	DESCARPACK	80	100	0,1600	16,00	1280,00	MG	10330669025
9	2269-SERINGA DESCARTAVEL 10ML BICO SLIP S/AG - CX C/450 UN - 5100100331	INJEX	8	450	0,2416	108,70	869,60	MG	10160610007
10	2033-LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX MEDIA C/100 C/TALCO - 0530301	DESCARPACK	40	100	0,2430	24,30	972,00	MG	103306660340



HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA

CD MG

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

CD SP

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

Cliente: 5074-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

Orçamento: 2040819

Endereço: JOSE JACOB DAUR

Nº: 925

Cmpl:

Contato:

Cidade: MIGUELOPOLIS

CEP: 14530000

27/05/2024

Observação:

TOTAL: 7.340,50


Vendedor: GRAZIELLYC

Condição de pagamento: 28

Tel.: 34 32215300

Validade da proposta: 03/06/2024

Agradecemos a preferência !

BRASIL FARMAON MEDICAMENTOS FARMACEUTICOS LTDA							
							
RUA 07, 120 - SETOR FLAMBOYANT CEP:75710-864 - CATALÃO - GO							
CNPJ:40.254.918/0001-81 - IE:10.819.764-6 Usuário: Celso							
ORCAMENTO Nº 269084	27 DE MAIO DE 2024						
Agente: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS (2502) Fantasia: STA CASA MIGUELOPOLIS Endereço: R JOSE JACOB DAUR,295 Cidade: MIGUELÓPOLIS Bairro: CENTRO Cnpj/Cpf: 52.343.829/0001-90	Contato: Cep: 14530-000 Telefone: (16)981-562-001 Uf: SP E-mail: comprasantacasamig@gmail.com IE/RG: ISENT0						
Produtos							
Item	Código	Descrição	Emb. Padrão	Un	Qtd	Unitário	Total
0001	25393	AGULHA HIPODERMICA/26G (13X0,45MM)/TKL	CX-100	UN	100	0,0700	7,00
0002	25394	AGULHA HIPODERMICA/18G (40X1,2MM)/TKL	CX-100	UN	100	0,0800	8,00
0003	25391	AGULHA HIPODERMICA/21G (30x0,8MM)/TKL	CX-100	UN	100	0,0700	7,00
0004	24866	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA DI-HIDRATADO GEN/2MG/ML 2ML/HIPOLABOR	CX-100	AMP	100	2,0100	201,00
0005	20476	ÁGUA PARA INJEÇÃO/10ML/EQUIPLEX	CX-200	AMP	200	0,4000	80,00
0006	17492	DIPIRONA SODICA (DIPIFARMA)/500MG/ML IM/IV 2ML/FARMACE	CX-100	AMP	100	1,8500	185,00
0007	19997	SERINGA DESCARTAVEL/20ML LUER SLIP/PROCARE	CX-50	UN	500	0,6300	315,00
0008	24088	SERINGA/5ML S/AG LUER SLIP/MEDIX	CX-100	UN	100	0,2000	20,00
0009	25406	SERINGA S/AGULHA LUER SLIP/10ML/MEDIX	-	UN	100	0,3000	30,00
0010	19735	LUVA DE PROCEDIMENTO/TAM. M NAO ESTERIL C/ PO/MEDIX/100-UN	CX-100	CX	1	27,0000	27,00
Total Geral: R\$ 880,00 ** OITOCENTOS E OITENTA REAIS **							
Observações:							
FAT MINIMO 700,00							
Difal Projetado: 84,23							
Cond.Pagto: A VISTA				Validade Proposta: 5 Dias da Abertura			
Transportadora: Cif -				Vendedor: VENDEDOR 04			

27/05/2024

EMPRESA: NOVA HOSPITALAR; CNPJ 21.036.417/0001-84; VENDEDOR: CARLOS SASSI						PREÇO
	ZOFRAN	URGENTE	CAIXA	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 2 MG / 2 ML; CAIXA COM 50 AMPOLAS		
1	ZOFRAN	URGENTE	CAIXA	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 2 MG / 2 ML; CAIXA COM 50 AMPOLAS	3	2,58
2	TORNERINHA		CAIXA	3 VIAS ; SLIP ; CX C/ 100 UNIDADE	5	1,34
3	AGULHA	INJEX	CAIXA	HIPODERMICA 30 X 7 ; SEM DISPOSITIVO ; CAIXA COM 1000 UNIDADES	40	9,22
4	AGULHA	INJEX	CAIXA	HIPODERMICA 13 X 4.5 ; SEM DISPOSITIVO ; CAIXA COM 1000 UNIDADES	40	9,22
5	AGULHA	INJEX	CAIXA	HIPODERMICA 40 X 12; SEM DISPOSITIVO CAIXA COM 1000 UNIDADES	50	9,22
6	AGULHA	INJEX	CAIXA	HIPODERMICA 30 X 8 ; SEM DISPOSITIVO CAIXA COM 1000 UNIDADES	50	9,22
7	ESPARADRAPO		CAIXA	ESPARADRAPO CAIXA COM 72 UNIDADE	3	11,98
8	AD - 10 ML	URGENTE	CAIXA	AGUA PARA INJEÇÃO 10 ML ; CX C/ 200 AMPOLAS	15	38,97
9	ABOCAT	BD	CAIXA	TAMANHO 24 ; CX C/ 200 UNIDADE	2	1,38
10	CEFTRIAXONA		CAIXA	CEFTRIAXONA DISSODICA 1 GR (ROCEFIM) CX C/ 100 FRASCOS	2	6,47
11	KEFAZOL		CAIXA	CEFAZOLINA SÓDICA 1 G; CX C/ 50 FR	3	6,88
12	DIPIRONA	URGENTE	CAIXA	DIPIRONA MONOIDRATADO 1 G / 2 ML; CX C/100 AMPOLAS	3	165
13	SERINGA		CAIXA	3 ML ; SEM AGULHA ; SLIP ; CX C/ 5000 INODADE	8	0,18
14	SERINGA		CAIXA	20 ML ; SEM AGULHA ; SLIP ; CX C/ 250 UNIDADE	4	0,58
15	SERINGA		CAIXA	5 ML ; SEM AGULHAS ; SLIP ; CX C/ 800 SERINGAS	4	0,27
16	SERINGA		CAIXA	10 ML ; SEM AGULHA ; SLIP ; CX C/ 5000 UNIODADES	7	0,38
17	LUVA		CAIXA	PARA PROCEDIMENTO COM PO LATEX TAMANHO M CX C/ 100 UNIDADE	40	28,97
18	BOBINA - ROLO		UNIDADE	PARA ESTERILIZAÇÃO AUTOCLAVE - 10 CM X 100 M	2	64,55
19	BOBINA - ROLO		UNIDADE	PARA ESTERILIZAÇÃO AUTOCLAVE - 12 CM X 100 M	2	94,55
20	BOBINA - ROLO		UNIDADE	PARA ESTERILIZAÇÃO AUTOCLAVE - 15 CM X 100 M	2	121,55

14/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:45:41
08600860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/06/2024
NR. DOCUMENTO	553.235.000.010.751
VALOR TOTAL	680,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BASE ORTOPEDICA LTDA ME
AGENCIA: 3235-2 CONTA: 10.751-4

NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384

=====

NR.AUTENTICACAO D.71D.75B.FD3.528.02C

13820

SUS - Sistema Único de Saúde	Autorização de Internação Hospitalar - AIH	Nº AIH 3524115975941
------------------------------	--	--------------------------------

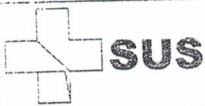
Identificação do Paciente		Nº do Prontuario	76
Nome	NADIR IZIDORO MORTARI		
CNS	700808957706582	Município Residência	352970 - MIGUELÓPOLIS

Identificação do Estabelecimento Solicitante			
Nome	SANTA CASA DE MIGUELÓPOLIS	CNPJ	52343829000190
CNES	2088525		
Nome do Profissional Solicitante	FABRICIO DINIZ TELLES DA SILVA		CNS
CPF			700000905052107

Identificação do Órgão Emissor			
Nome	MIGUELÓPOLIS		
Código	M352970001		
Nome do Autorizador	JOSE MARIO JUNIOR	CNS	210159017290004
CPF	07438836835	Código	0408050578
Procedimentos Autorizados - AIH			
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR			

Identificação do Estabelecimento Prestador de Serviços			
Nome	SANTA CASA DE MIGUELÓPOLIS	CNES	2088525
CNPJ	52343829000190		

Assinatura e carimbo do Autorizador	Emitido em	09/05/2024 13:38:10	Impresso em	09/05/2024
--	------------	---------------------	-------------	------------



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____
 Santa casa de Misericórdia de miguelopolis 2088525

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE _____ 6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____
 NADIR IZIDORO MORTARI 76 /
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO _____ 10 - RAÇA/COR _____
 700808957706582 08/03/1955 3 - FEMININO Branca
 11 - NOME DA MÃE _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO _____
 BENEDITA CORREA IZIDORO 16996047347
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO _____
 () -
 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____
 TRAJANO FRANCISCO BORGES, 981, NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____ 18 - UF _____ 19 - CEP _____
 IPUA 352130 SP 14610000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS _____
Fratura de omozelo esquerda

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO _____
Cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) _____
KX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____ 24 - CID 10 PRINCIPAL _____ 25 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____
Fratura de omozelo S82

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO _____ 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____
 29 - CLÍNICA _____ 30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO _____ 31 - DOCUMENTO _____ 32 - Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROC. SOLICITANTE/ASSISTENTE _____
 CIRURGICA ELETIVA (X) CNS () CPF 70000090752107
 33 - NOME DO PROF. SOLIC./ASSISTENTE _____ 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____
 FABRICIO DINIZ TELES DA SILVA 27/04/2024

PREECHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 40 - Nº DO BILHETE _____ 41 - SÉRIE _____
 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ EMPRESA _____ 43 - CNAE DA EMPRESA _____ 44 - CBOR _____
 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA _____
 () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____ 52 - Nº AUTOR. INTERNAÇÃO HOSP _____
 WEBER SILVA DE ASSIS 1103.091
 48 - DOCUMENTO _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
 () CNS (X) CPF 888.101.621-00
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____
 _____ / _____ / _____
 Dr. José Manoel Júnior
 CRM-SP 20518



Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Sala de operação

Dia 27 Mês 04 Ano 2014
 Paciente Madu Izidoro Qto. n. 12 Leito 01
 Operação Fratura Toraxica F.
 Operador Dr. Fabiano
 1º Auxiliar _____ 2º Auxiliar _____
 Anestesista Dr. Fernando 3º Auxiliar _____
 Enfermeiros Diane
 Começou às 09:30 horas Terminou às _____ horas
 Tipo de anestesia: Raqui

	MEDICAMENTOS NA SALA		MATERIAL NA SALA
	ADRENALINA (Epinefrina)		ABOCATH
	ÁGUA DESTILADA 10 ml.		AGULHA 13X4,5
	ARAMIN	06	AGULHA 25X8
	CLEXANE		AGULHA 40x12
02	DECADRON 2 MG		AGULHA RAQUI ADULTO
02	DIPIRONA		AGULHA RAQUI INFANTIL
	DRAMIN DL B6		CANULA TRAQUIAL.
	ERGOTRATE	02	CATETER TIPO ÓCULOS
02	KEFAZOL 1G.		CLAMP UMBILICAL
	KEFLIN 1G.		COLETOR DE URINA SIST. FECHADO
02	MARCAINA		DRENO PEAN ROSE
	OXITOCINA		LAMINA BISTURI 10
02	PLASIL <u>2 spray</u>		LAMINA BISTURI 15
02	ROCEFIM 1G. <u>Propenal</u>	02	LAMINA BISTURI 22
	SOLUCORTEF 500 MG.	02	LUVA ESTÉREO MUCOMBO N.º 7
02	SORO FISIOLÓGICO 500 ML. <u>100</u>	02	LUVA ESTÉREO MUCOMBO N.º 7,5
	SORO GLICOSADO 500 ML.	02	LUVA ESTÉREO MUCOMBO N.º 8
02	SORO RINGUER 500 ML.		LUVA ESTÉREO MUCOMBO N.º 8,5
	TRANSAMIN (HEMOBLOCK)		SCALP
	VOLTAREN		SERINGA 1 ML
	XYLESTESIN 5% PESADO	02	SERINGA 10 ML
	XYLOCAINA 2% C/ VASO	02	SERINGA 20 ML
02	XYLOCAINA 2% SEM VASO	02	SERINGA 5 ML
	CONTROLADOS		SONDA ASPIRAL N.º 6
	DIAZEPAN		SONDA ASPIRAL N.º 8
	DIMORF(MORFINA)		SONDA FOLEY N.º 12
	DORMONID		SONDA FOLEY N.º 14
	ETOMIDATO		
	INOVAL	50ml.	Água Oxigenada
	KETAMIN ML	50ml.	Álcool Iodado
		30cm	Compressa de Gaze
	FIOS P/ SUTURA		Esparadrapo
	CATGUT SIMPLES 0 C/ AGULHA 4 MM.	50cm	Eter
	CATGUT CROMADO 0 C/ AGULHA 4 MM.	05	Gorros
02	CATGUT SIMPLES 2-0 C/ AGULHA MM.	05	Máscaras
02	NYLON 3-0 C/ AGULHA 3.0 MM.	30cm	Micropore
	NYLON 4-0 C/ AGULHA MM		PVPI Degermante
	POLYCO <u>5</u> C/ AGULHA MM	50cm	PVPI Tintura <u>Chlorhexidina 5%</u>
	VICRYL <u>5</u> C/ AGULHA 4 MM		PVPI Tópico
	VICRYL <u>5</u> C/ AGULHA 4 MM		Tintura de Benjoin
	VICRYL <u>5</u> C/ AGULHA MM	06	Luva Descartável
		04	<u>Experiência P.U.F.S.</u>



Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

S.V.S.

Categoria Social

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO CLÍNICA
27/4	1) Dieta zero e lure após		
	2) FRN		
	3) 1 amp na lamp + AD (EV) 6/6h	18 20 22 24 26 28 30	
	4) + rofenid lamp + SF 100ml (EV)	18 20 22 24 26 28 30	
	5) Tramal lamp + SF 100ml (EV) 8/8hs SMD	20 22 24 26 28 30	
	6) Flamet lamp + AD (EV) 8/8hs	20 22 24 26 28 30	
	7) SVCCG		
	8) Keftazol 1g (EV) 8/8hs	20 22 24 26 28 30	

Nome: Madin Spore RG Nº: _____ Leito: 11101

Aline R. Pereira
Téc. Enfermagem
Coren-SP 1157863

[Handwritten Signature]

Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Rua Jose Jacob Daur, 925 - Jardim Paulista
Miguelópolis SP - Fone (16) 3835 - 6700

Santa Casa
de Misericórdia
MIGUELÓPOLIS

Enfermagem

Emissão.....: 28/04/2024

Prontuário 76	Atendimento 287823	Paciente NADIR IZIDORO MORTARI	Quarto 04	Leito 01	Posto 01	Ala 01
------------------	-----------------------	-----------------------------------	--------------	-------------	-------------	-----------

Médico
FABRICIO DINIZ TELES DA SILVA
Especialidade
Médico ortopedista e traumatologista
Data: 27/04/2024 Hora: 09:56:56 P. A.: 120/80 T.: Sat 0°:97 FC.: 87 FR.: P.: 0°: 0° Hr: Diurese: Resp.:
Conselho: COREN Nº: 847.303

CLIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE PARA TRATAMENTO CIRURGICO ESTA COM UMA FRATURA EM MIE, NEGA HIPERTENSAO, NEGA DIABETES, NEGA ANTECEDENTES ALERGICOS, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

JESSICA FERREIRA CANDIDO
COREN-SP - 1345347 - TEC

Data: 27/04/2024 Hora: 10:38:39 P. A.: 110/80 T.: Sat 0°:94 FC.: 89 FR.: P.: 0°: 0° Hr: Diurese: Resp.:
Conselho: COREN Nº: 847.303

paciente retorna do c.c.acordada, calma, comunicativa, mantendo botinha em mse, sem queixas no momento, segue aos cuidados da enfermagem.

JESSICA FERREIRA CANDIDO
COREN-SP - 1345347 - TEC

Data: 27/04/2024 Hora: 21:27:43 P. A.: 130/70 T.: 36.0 Sat 0°:98 FC.: 75 FR.: P.: 0°: 0° Hr: Diurese: Resp.:
Conselho: COREN Nº: 245799

pct pos operada, passa bem, diurese presente, mantendo robota em local da fratura, prim em msd, aceito bem dieta oferecida seguiu em obs

Data: 28/04/2024 Hora: 07:25:19 P. A.: 12/8 T.: 36.0 Sat 0°:90 FC.: 83 FR.: P.: 0°: 0° Hr: Diurese: Resp.:
Conselho: COREN Nº: 1050278

CLIENTE NO LEITO, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, MANTENDO AVP EM MSD ACEITOU A DIETA OFERECIDA, MANTENDO BOTA ORTOPEDICA EM MIE, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÃO AUSENTE ATÉ O MOMENTO.

JESSICA DANTAS DE ALMEIDA
COREN-SP - 1050278 - TEC

Data: 28/04/2024 Hora: 08:30:20 P. A.: T.: Sat 0°: Glic.: FC.: FR.: P.: 0°: 0° Hr: Diurese: Resp.:
Conselho: COREN Nº: 245799

pct no leito passa bem período noturno, aceito bem dieta oferecida, diurese presente, e avaliada e recebe alta medica



Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Rua Jose Jacob Daur, 925 - Jardim Paulista
Miguelópolis SP - Fone (16) 3835 - 6700

FIHA - Ficha de Internação Hospitalar e Anamnese

Emissão.....: 27/04/2024 07:20:28

Página.....: 1

Data...: 27/04/2024 Hora...: 07:19 Atendimento...: 287823

Convênio SUS	N.º Cartão Convênio 700808957706582	Prontuário 76	Pront. Ant.	Quarto 04	Leito 01	Posto 01	Ala 01
Paciente NADIR IZIDORO MORTARI		Nascimento 08/03/1955	Idade Anos 69	Meses 1	Dias 20	Sexo FEMININO	Estado Civil CASADO
Profissão	Doc. IGNORADO	CPF 17224170801	RG 174435897	Naturalidade MIGUELÓPOLIS SP			
Endereço TRAJANO FRANCISCO BORGES		N.º 981	Bairro NOSSA SENHORA DAS	Cidade IPUA	UF SP	CEP 14610000	
Telefone Residencial 16996047347	Telefone Serviço	Telefone Celular	Pai JOSE IZIDORO		Mãe BENEDITA CORREA IZIDORO		
Conjuge	Responsável		End. Responsavel TRAJANO FRANCISCO BORGES				
N.º	Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone () -	Cadastrado por MARIANE.OLIVEIRA	Última edição

Obs

Médico FABRICIO DINIZ TELES DA SILVA	CRM 104837	CPF 263.848.048-75	Especialidade Médico ortopedista e traumatologista
---	---------------	-----------------------	---

DIAGNOSTICO DEFINITIVO *Fratura de tornozelo*

TRATAMENTO CLINICO

JUSTIFICATIVA DE PERMANÊNCIA *Cirurgia*

PATOLOGIA: [] PRÉ-EXISTENTE [] ADQUIRIDA

CONDIÇÕES DE ALTA

[] ALTA CURADO [] ALTA MELHORADO [] ALTA INALTERADO [] OUTRAS

[] ALTA A PEDIDO [] ALTA INTERN DIAGN [] ALTA ADMINISTRATIVA

[] ALTA P/ INDISCIPLINA [] ALTA POR EVASÃO [] ALTA P/ COMPLEMENTAÇÃO

DATA DA ALTA: ___/___/___

FABRICIO DINIZ TELES DA SILVA
CRM104837

CID *582*

Responsável pelo Paciente

Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do regulamento do hospital, afixado na dependência de internação e assumo inteira responsabilidade pelas despesas médico-hospitalar, saindo as mesmas por ocasião da retirada.

Miguelópolis - SP, ___ de ___ de ___

Lailla Karolina de J. de Silva

Doc. de identidade _____

Autorização para Operação e Tratamento

Declaro que eu, abaixo assinado, consisto em ser submetido a qualquer cirurgia, anestesia ou tratamento, que for

Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Rua Jose Jacob Daur, 925 - Jardim Paulista

Miguelópolis SP - Fone (16) 3835 - 6700

Sumário de Alta ou Transferência

Emissão.....: 27/04/2024 07:20:32

Página.....: 1

Prontuário 76	Atendimento 287823	Data Internação 27/04/2024	Paciente NADIR IZIDORO MORTARI	Data Nasc. 08/03/1955	Idade Anos 69	Meses 1	Dias 20	Sexo F
Convênio SUS			Nome Social	Data da Alta	Horário da Alta			

1 - Diagnostico de Alta:

fratura de humero

2 - Intercorrência:

3 - Tratamento Submetido:

Cirurgia

CONDIÇÕES DE ALTA

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALTA CURADO | <input checked="" type="checkbox"/> ALTA MELHORADO | <input type="checkbox"/> ALTA INALTERADO |
| <input type="checkbox"/> ALTA A PEDIDO | <input type="checkbox"/> ALTA INTERN DIAGN | <input type="checkbox"/> ALTA ADMINISTRATIVA |
| <input type="checkbox"/> ALTA P/ INDISCIPLINA | <input type="checkbox"/> ALTA POR EVASÃO | <input type="checkbox"/> ALTA P/ COMPLEMENTAÇÃO |
| | | <input type="checkbox"/> FALECIDO |
| | | <input type="checkbox"/> OUTRAS |

PATOLOGIA: PRÉ-EXISTENTE ADQUIRIDA

>Transferência: () SUSFÁCIL () PARTICULAR / MÉDICO () FAMILIARES

Hospital:

Observações:

Assinatura e Carimbo do Médico - CRM

DR. FABRÍCIO D. SILVA
CRM - OAB 27123
Cirurgia e Traumatologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Nome do Médico: Fabiano Junior T. Silva CRM: 104833

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Identificação do Paciente:
 Nome: Madre Izidore montari Idade: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 CPF: 1172.241.708-0RG:

Identificação do Responsável: (No caso de paciente menor de idade, incapacitado, do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).
 Nome: Laulla Karolina de J. F. da Silva Telefone: _____
 Endereço: _____
 CPF: 2086-066-156-70 RG: _____

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico supracitado e os demais médicos vinculados à minha assistência, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): _____

Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Sei também que poderá ser necessária transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informado dos riscos, ficando desde já pré-autorizada.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), será necessária aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado.

Estou ciente que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, complicações cardiovasculares e respiratórias, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário, para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, ou que foi explicado pra mim, tendo sido explicado pelo meu médico assistente e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

_____/_____/_____, às _____ horas e _____ minutos.

(Local)

via: Médico responsável | 2ª via: Hospital (entregar na internação) | 3ª via: Paciente

Laulla Karolina de J. F. da Silva
Assinatura do paciente ou responsável

Dr. Fabiano Junior T. Silva
CRM: 104833
Carimbo e assinatura do Médico responsável

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste consentimento informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

Médico solicitante: _____ CRM nº: _____

Assinatura

Assinatura do paciente ou responsável _____ às _____ horas e _____ minutos. (Local) _____ Revogação deste consentimento: _____



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MIGUELÓPOLIS

RELATÓRIO GERAL DE OPERAÇÕES

PACIENTE: *Nelini Szabrio Abad* REGISTRO Nº *0*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *fratura fêmor*

Risco Operatório: *SAUJUR*

Pulso - Antes: _____ Depois: _____

Pressão - Antes: _____ Depois: _____

OPERAÇÃO: *TTO crânio fratura unimalar* Por: (Diag)

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

OPERADOR: *DR Jannu*

1º Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

Anestesia: *Raqui anestesia* Anestésico: _____

Anestesista: *KO + R Jernandes*

Descrição da Operação: *1) DT sob Raqui*

2) Cessura + Antoneira

3) Campanamento estéril

4) Incisão lateral + avulsão +

Redução cruenta

- Obs fratura cominuta va

com asso ósseo poro hco

5) Redução + fixação placa

femur fíbula 6 furos e 5 parafusos

corticais

6) Lavagem SF + Detergente por

planos + Curativo + Bota

7) RPA OK

Dr. Fabrício D. I. Silva
CRM 104837
Cirurgião e Traumatologista

14/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:45:41
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/06/2024
NR. DOCUMENTO	553.235.000.010.751
VALOR TOTAL	680,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BASE ORTOPEDICA LTDA ME	
AGENCIA: 3235-2 CONTA: 10.751-4	
NR. DOCUMENTO	550.860.000.009.384

=====

NR.AUTENTICACAO	1.A94.92C.44B.8F8.89F
-----------------	-----------------------

RECEBEMOS DE BASE ORTOPEDICA LTDA EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.006.090
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 1

 BASE ORTOPEDICA LTDA EPP RUA TEREZA CRISTINA, 780 - - CAMPOS ELISEOS, Ribeirão Preto, SP - CEP: 14085540 - Fone/Fax: 1639116655	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.006.090 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO CHAVE DE ACESSO 3524 0504 1546 6000 0188 5500 1000 0060 9016 7000 0906 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241133775749 - 29/05/2024 17:08	

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. 582592444115	CNPJ / CPF 04.154.660/0001-88
---	--	----------------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE	CNPJ/CPF 52.343.829/0001-90	DATA DA EMISSÃO 29/05/2024
NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MIS. DE MIGUELOPOLIS	CEP 14530-000	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 29/05/2024
ENDEREÇO RUA: JOSE JACOB DAUR, 925 -	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	HORA DE ENTRADA/SAÍDA 15:42
MUNICÍPIO Miguelopolis	FONE/FAX 1638356700	UF SP
	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

FATURA / Num.: 6090 / V. Orig.: 680,00 / V. Liq.: 680,00
--

CÁLCULO DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 680,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9 - Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE 0	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000	

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
40205000061	CONJ. PLACA RETA 3,5MM DCP 06 F + PARAF. CORT 3,5 MM LOTE: 709708V098 ANVISA: 10223680101 PACIENTE: TALITA LORRAINE LUIZ LEAL - CIR: 20/04/24	90211020	040	5102	UN	1,0000	680,0000	680,00					

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

CÁLCULO DO ISSQN	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 01041592	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
-------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DUPLICATA No 6090 , VENC. 31/05/2024, VALOR R\$ 680,00, VALOR APROX. TRIBUTOS (10,2%) R\$ 69,36, FONTE IBPT FEDERAIS , E STADUAIS E MUNICIPAIS. Informações Adicionais de Interesse do Fisco: ISENTO DE ICM S CONF. ART.16 DO DECRETO 45490/2.000 CONV. 47/97	14062024

8698

SUS - Sistema Único de Saúde	Autorização de Internação Hospitalar - AIH	Nº AIH 3524115975920
------------------------------	--	--------------------------------

Identificação do Paciente

Nome TALITA LORRAINE LUIZ LEAL N° do Prontuario 1085
CNS 706201080629965 Município Residência 352970 - MIGUELÓPOLIS

Identificação do Estabelecimento Solicitante

Nome SANTA CASA DE MIGUELOPOLIS CNPJ 52343829000190
CNS 2088525
Nome do Profissional Solicitante FABRICIO DINIZ TELLES DA SILVA
CPF CNS 700000905052107

Identificação do Órgão Emissor

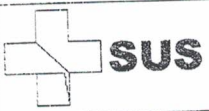
Nome MIGUELÓPOLIS
Código M352970001
Nome do Autorizador JOSE MARIO JUNIOR
CPF 07438836835 CNS 210159017290004
Procedimentos Autorizados - AIH Código
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALECLAR 0408050578

Identificação do Estabelecimento Prestador de Serviços

Nome SANTA CASA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ 52343829000190 CNES 2088525

Assinatura e carimbo do Autorizador

Emitido em 09/05/2024 13:36:20 Impresso em 09/05/2024



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Santa casa de Misericórdia de miguelopolis 4 - CNES 2088525

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE TALITA LORAINÉ LUIZ LEAL 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1085 /
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 706201080629965 8 - DATA DE NASCIMENTO 21/05/1998 9 - SEXO 3 - FEMININO 10 - RAÇA/COR Branca
 11 - NOME DA MÃE MARCIA RAMOS DE OLIVEIRA LUIZ LEAL 12 - TELEFONE DE CONTATO 16994242388
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO () -
 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) JOAO FRANCISCO PEIXOTO, 988, NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MIGUELOPOLIS 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 352970 18 - UF SP 19 - CEP 14530000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS *Lueda com fratura de tornozelo*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *Necessidade Cirúrgica*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *Rx*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL *fratura malole 5826 lateral* 24 - CID 10 PRINCIPAL _____ 25 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Tto Cirurgico fratur tornozelo* 728 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO *0408050578*
 29 - CLÍNICA CIRÚRGICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVA 31 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 70000090507210514
 33 - NOME DO PROF. SOLIC./ASSISTENTE FABRICIO DINIZ TELES DA SILVA 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/04/2024 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *Dr. Fabricio Diniz Silva CRM: 104837 Medicina e Traumatologia*

PREECHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 40 - Nº DO BILHETE _____ 41 - SÉRIE _____
 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ EMPRESA _____ 43 - CNAE DA EMPRESA _____ 44 - CBOR _____
 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR WEBER SILVA DE ASSIS 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 1103.091
 48 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 868.101.621-00
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *Dr. Jose Mário Junior CRM-SP 80516* 52 - Nº AUTOR. INTERNAÇÃO HOSP. _____

Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis
 Rua Jose Jacob Daur, 925 - Jardim Paulista
 Miguelópolis SP - Fone (16) 3835 - 6700

Emissão.....: 20/04/2024 08:00:02 Página.....: 1

Sumário de Alta ou Transferência

Prontuário 1085	Atendimento 286646	Data Internação 20/04/2024	Paciente TALITA LORAINÉ LUIZ LEAL	Data Nasc. 21/05/1998	Idade Anos 25	Meses 10	Dias 30	Sexo F
Convênio SUS			Nome Social	Data da Alta	Horário da Alta			

1 - Diagnóstico de Alta:

Fratura malúolo lateral

2 - Intercorrência:

Não

3 - Tratamento Submetido:

*TTO Cirurgico
 fixada com placa e parafusos*

CONDIÇÕES DE ALTA

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ALTA CURADO | <input type="checkbox"/> ALTA MELHORADO | <input type="checkbox"/> ALTA INALTERADO | <input type="checkbox"/> FALECIDO |
| <input type="checkbox"/> ALTA A PEDIDO | <input type="checkbox"/> ALTA INTERN DIAGN | <input type="checkbox"/> ALTA ADMINISTRATIVA | <input type="checkbox"/> OUTRAS |
| <input type="checkbox"/> ALTA P/ INDISCIPLINA | <input type="checkbox"/> ALTA POR EVASÃO | <input type="checkbox"/> ALTA P/ COMPLEMENTAÇÃO | |

PATOLOGIA: PRÉ-EXISTENTE ADQUIRIDA

>Transferência: () SUSFÁCIL () PARTICULAR / MÉDICO () FAMILIARES

Hospital:

Observações:

Talita L. L. Leal

Assinatura e Carimbo do Médico - CRM

Dr. Fabrício D. T. Silva
 CRM: 104837
 Ortopedia e Traumatologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Nome do Médico: Fabrcio Demir Teles do Silva CRM: 104837

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Identificação do Paciente:
 Nome: Julia Loraine Lima Lial Idade: 25
 Endereço: João Pinheiro Rangel Telefone: 16 994.242.338
 CPF: 991.016.895-27 RG: 59041721X

Identificação do Responsável: (no caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vies a ficar incapacitado).
 Nome: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 CPF: _____ RG: _____

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, **AUTORIZO** o médico supracitado e os demais médicos vinculados à minha assistência, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): _____

Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Sei também que poderá ser necessária transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informado dos riscos, ficando desde já pré-autorizada.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), será necessária aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiológico. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado.

Estou ciente que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, complicações cardiovasculares e respiratórias, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário, para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, ou que foi explicado pra mim, tendo sido explicado pelo meu médico assistente e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

_____ às _____ horas e _____ minutos.

* via: Médico responsável | 2ª via: Hospital (entregar na internação) | 3ª via: Paciente

X Julia Loraine Lima Lial
Assinatura do paciente ou responsável

Dr. Fabrcio D. T. Silva
CRM: 104837
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Médico responsável

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

Médico solicitante: _____ CRM nº: _____

Assinatura

Revogação deste consentimento: _____ minutos, _____ horas e _____ dias. (Local)



Esq.



Esq.



Esq.





Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Sala de operação

Dia 20 Mês 04 Ano 24
 Paciente Talita Loraine Luis Leal Qto. n. Leito
 Operação Tratamento Cirurgico de Fratura de Tornozelo
 Operador Dr. Fabricio
 1º Auxiliar 2º Auxiliar
 Anestesista Dr. Fernando 3º Auxiliar
 Enfermeiros Ana Cristina
 Começou às 9:30 horas Terminou às 10:30 horas
 Tipo de anestesia: Raqui

MEDICAMENTOS NA SALA		MATERIAL NA SALA	
	ADRENALINA (Epinefrina)	01	ABOCATH 18
	ÁGUA DESTILADA 10 ml.		AGULHA 13X4,5
	ARAMIN	1	AGULHA 25X8
	CLEXANE	2	AGULHA 40x12
	DECADRON 2 MG	1	AGULHA RAQUI ADULTO
1	DIPIRONA		AGULHA RAQUI INFANTIL
1	DRAMIN DL B6		CANULA TRAQUIAL
	ERGOTRATE	1	CATETER TIPO ÓCULOS
1	KEFAZOL 1G.		CLAMP UMBILICAL
	KEFLIN 1G.		COLETOR DE URINA SIST. FECHADO
	MARCAINA		DRENO PEAN ROSE
	OXITOCINA		LAMINA BISTURI 10
2	PLASIL <u>Equipo</u>		LAMINA BISTURI 15
	ROCEFIM 1G.		LAMINA BISTURI 22
	SOLUCORTEF 500 MG.	2	LUVA ESTÉREO MUCOMBO N.º 7,5
	SORO FISIOLÓGICO 500 ML.	2	LUVA ESTÉREO MUCOMBO N.º 7,5
	SORO GLICOSADO 500 ML.		LUVA ESTÉREO MUCOMBO N.º 8
1	SORO RINGUER 500 ML.	1	LUVA ESTÉREO MUCOMBO N.º 8,5
	TRANSAMIN (HEMOBLOCK)		SCALP
	VOLTAREN		SERINGA 1 ML
	XYLESTESIN 5% PESADO	2	SERINGA 10 ML
	XYLOCAINA 2% C/ VASO	2	SERINGA 20 ML
	XYLOCAINA 2% SEM VASO	2	SERINGA 5 ML
	CONTROLADOS		SONDA ASPIRAL N.º 6
	DIAZEPAN		SONDA ASPIRAL N.º 8
	DIMORF(MORFINA)		SONDA FOLEY N.º 12
	DORMONID		SONDA FOLEY N.º 14
	ETOMIDATO	05	<u>Atadura Oripe 20</u>
	INOVAL		Água Oxigenada
	KETAMIN ML		Álcool Iodado
		50	Compressa de Gaze
	FIOS P/ SUTURA		Esparadrapo
1	CATGUT SIMPLES 0 C/ AGULHA 4 MM.		Eter
	CATGUT CROMADO 0 C/ AGULHA 4 MM.	06	Gorros
	CATGUT SIMPLES 2-0 C/ AGULHA MM.	06	Máscaras
1	NYLON 3-0 C/ AGULHA 3.0 MM.		Micropore
1	NYLON 4-0 C/ AGULHA MM		PVPI Degermante
	POLYCOY C/ AGULHA MM		PVPI Tintura
1	VICRYL 0 C/ AGULHA 4 MM	50	PVPI Tópico
	VICRYL C/ AGULHA 4 MM		Tintura de Benjoim
	VICRYL C/ AGULHA MM	08	Luva Descartável



Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

Categoria Social _____

Nome: Talita Loraine Luiz RG Nº _____

Leito: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO CLÍNICA
20/4	1) Dieta livre após RPH		Placa 3- tubular
	2) FRN		5 furo
	3) Dipirona 1amp + AD (EV) 6/6hs	18:00 / 20:00	5 parafusos corticais / Prandismo
	4) Kebral 1g (EV) 8/8hs	20:00	1 parafuso
	5) Profend 1amp + SF 100mc (EV) 8/8hs	20:00 / 20:00	mls / bag mntes
	6) Tramal IM 8/8hs SN	20:00	
	7) S7L 6g		
	19hs - Acta		

Dr. Fabrício D. T. Silva
CRM: 704837
Orcelma Truimologia

Arquim de Orçaria (Mort)
Entrenera
CORENSP 217525

Dr. Fabrício D. T. Silva
CRM: 704837
Orcelma Truimologia

Dr. Fabrício D. T. Silva
CRM: 704837



Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Rua Jose Jacob Daur, 925 - Jardim Paulista
Miguelópolis SP - Fone (16) 3835 - 6700

Emissão.....: 20/04/2024

Enfermagem

Prontuário 1085	Atendimento 286646	Paciente TALITA LORAINÉ LUIZ LEAL	Quarto 1/	Leito 03	Posto 01	Ala 01
--------------------	-----------------------	--------------------------------------	--------------	-------------	-------------	-----------

Médico
FABRICIO DINIZ TELES DA SILVA
Especialidade
Médico ortopedista e traumatologista
Conselho: COREN Nº: 217525

Data: 20/04/2024 Hora: 08:30:00 P. A.: 120/80 T.: Sat 0°: Glic.: FC.: FR.: P.: O°: O° Hr: Diurese: Resp.:
 CLIENTE ADMITIDA NESTA UIDADE PARATRATAMENTO CIRUGICO AOS CUIDADOS DO DR FABRICIO, VEIO DEAMBULANDO COM AJUDA DE MULETAS, ACOMPANHADA PELA FAMILIA E ENFERMAGEM, CALMA, COMUNICATIVA, EUPNEICA, AFEBRIL, NORMOTENSA, ORIENTADA, DESCONHECE ANTECEDENTES ALERGCIOS, NEGA DIA E HAS, NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTINUA; REFERE IRA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRUGICO EM TORNOZELO E, SOLICITO NA FARMACIA 01 ABCOATH 18+01 EQUIPO COM INJETOR LATERAL, PUNCIONADO AVP EM MSD COM SUCESSO, SEGUE EM OBSERVAÇÃO DA ENFERMAGEM

Data: 20/04/2024 Hora: 09:10:00 P. A.: T.: Sat 0°: Glic.: FC.: FR.: P.: O°: O° Hr: Diurese: Resp.:
 CLIENTE ENCAMINHADA PARA O CENTRO CIRURGICO

Data: 20/04/2024 Hora: 11:12:18 P. A.: T.: Sat 0°: Glic.: FC.: FR.: P.: O°: O° Hr: Diurese: Resp.:
 CLIENTE RETORNA DO CENTRO CIRURGICO CIRURGIA REALIZADA COM SUCESSO.

Data: 20/04/2024 Hora: 21:04:14 P. A.: 110x60 T.: 36,9 Sat 0°:94 Glic.: FC.: 94 FR.: P.: O°: O° Hr: Diurese: Resp.:
 cliente encontra se no leito calma corada aceitou a diete oferecida sem queixa no momento manten avp em mse eliminações fisiologica dentro da normalidade ---- Vicentina

Data: 20/04/2024 Hora: 21:19:11 P. A.: T.: Sat 0°: Glic.: FC.: FR.: P.: O°: O° Hr: Diurese: Resp.:
 paciente recebe alta hospitalar

Conselho: COREN Nº: 229951
 Adriana de Oliveira Ymon
 Enfermeira
 Coren-SP - 217525
 VICENTINA FERREIRA BENTO
 COREN- SP - 229951 - TEC
 Conselho: COREN Nº: 298895
 Nayara de Souza Tercelli Lorenzelle
 Enfermeira
 Coren-SP - 299895



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM CIRURGIA GERAL

Nome: Talita Loraine Luiz Leal
Data: 20/04/24 Hora: 9:30

Cliente admitido(a) no Centro Cirúrgico para submeter-se a cirurgia _____, sob anestesia Roqui, Realizada pelo DR. Fernando veio de maca, calma(o), consciente, orientada(o), mantendo acesso venoso com abocath 18 em mSE durante o ato cirúrgico não houve anormalidades, paciente sem queixas de dor momento, encaminhado de volta ao leito mantendo curativo oclusivo limpo e seco aos cuidados da enfermagem.

PA 110x70 SAT 97% FC 74

Intercorrência:

Dr. Talita

ENFERMAGEM



Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Rua Jose Jacob Daur, 925 - Jardim Paulista
Miguelópolis SP - Fone (16) 3835 - 6700

Emissão.....: 20/04/2024 07:59:58

Página.....: 1

FIHA - Ficha de Internação Hospitalar e Anamnese

Data...: 20/04/2024 Hora...: 07:58 Atendimento...: 286646

Convênio SUS	N.º Cartão Convênio 706201080629965	Prontuário 1085	Pront. Ant.	Quarto 17	Leito 03	Posto 01	Ala 01
Paciente TALITA LORAINÉ LUIZ LEAL		Nascimento 21/05/1998	Idade Anos 25	Meses 10	Dias 30	Sexo FEMININO	Estado Civil SOLTEIRO
Profissão		Doc. IGNORADO	CPF 49101689827	RG	Naturalidade MIGUELÓPOLIS SP		
Endereço JOAO FRANCISCO PEIXOTO		N.º 988	Bairro NOSSA SENHORA DAS	Cidade MIGUELÓPOLIS		UF SP	CEP 14530000
Telefone Residencial 16994242388	Telefone Serviço	Telefone Celular	Pai ROBERTO CARLOS SANTOS LEAL		Mãe MARCIA RAMOS DE OLIVEIRA LUIZ		
Conjuge	Responsável JOSE SANTANA		End. Responsável				
N.º	Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone () -	Cadastrado por ALEIDIANE.SILVA	Última edição

Obs.

Médico FABRICIO DINIZ TELES DA SILVA	CRM 104837	CPF 263.848.048-75	Especialidade Médico ortopedista e traumatologista
---	---------------	-----------------------	---

DIAGNOSTICO DEFINITIVO fratura malleolo lateral

TRATAMENTO CLINICO TTO Cirurgico

JUSTIFICATIVA DE PERMANÊNCIA

PATOLOGIA: [] PRÉ-EXISTENTE [] ADQUIRIDA

CONDIÇÕES DE ALTA

- ALTA CURADO
- ALTA MELHORADO
- ALTA A PEDIDO
- ALTA P/ INTERNAÇÃO
- ALTA P/ INDISCIPLINA
- ALTA POR EVASÃO
- ALTA INALTERADO
- ALTA ADMINISTRATIVA
- ALTA P/ COMPLEMENTAÇÃO
- OUTRAS

DATA DA ALTA: 20/04/24

CID S826

FABRICIO DINIZ TELES DA SILVA
CRM:104837
CPF: 263.848.048-75

Dr. Fabricio D. T. Silva
Ortopedia e Traumatologia

Responsável pelo Paciente

Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do regulamento do hospital, afixado na dependência de internação e assumo inteira responsabilidade pelas despesas médico-hospitalar, saldando as mesmas por ocasião da retirada.

Miguelópolis - SP, _____ de _____ de _____

Talita L. L. Leal
Doc. de Identidade _____

Autorização para Operação e Tratamento

Declaro que eu, abaixo assinado, consisto em ser submetido a qualquer cirurgia, anestesia ou tratamento, que for

19hs



Santa Casa de Misericórdia de Miguelópolis

Rua Jose Jacob Daur, 925 - Jardim Paulista
Miguelópolis SP - Fone (16) 3835 - 6700

FIHA - Ficha de Internação Hospitalar e Anamnese

Emissão.....: 20/04/2024 07:59:58

Página.....: 2

Data.: 20/04/2024 Hora.: 07:58 Atendimento...: 286646

Julgado necessário ou prudente para meu tratamento.

Miguelópolis - SP, _____ de _____ de _____

X

Doc. de Identidade _____

15/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:49
086000860 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090283658501421221631175897780000040645

BENEFICIARIO:

BANCO DO BRASIL S.A. - SETOR P

NOME FANTASIA:

SISTEMA DJO - DEPOSITO JUDICIAL

CNPJ: 00.000.000/4906-95

BENEFICIARIO FINAL:

TRIBUNAL DE JUSTICA. SP

CNPJ: 51.174.001/0001-93

PAGADOR:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUE

CNPJ: 52.343.829/0001-90

NR. DOCUMENTO 61.401

NOSSO NUMERO 28365850121221631

CONVENIO 02836585

DATA DE VENCIMENTO 15/07/2024

DATA DO PAGAMENTO 14/06/2024

VALOR DO DOCUMENTO 406,45

VALOR COBRADO 406,45

=====

NR.AUTENTICACAO A.A0F.ECF.E33.5BE.783

=====

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.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE MIGUELÓPOLIS
FORO DE MIGUELÓPOLIS
1ª VARA

Rua Pedro Cristino da Silva nº 1005, ., Centro - CEP 14530-000, Fone:
 (16) 3835- 1511, Miguelópolis-SP - E-mail: miguelop1@tjsp.jus.br
Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min

OFÍCIO DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO – FESP PROCESSO DIGITAL

Processo Digital nº: **0000347-83.2019.8.26.0352**
 Classe – Assunto: **Cumprimento de sentença -Prestação de Serviços**
 Exequente: **Fundação Educacional de Ituverava**
 Executado: **Rodrigo Borges Lacerda Junqueira**

(FAVOR MENCIONAR ESTAS REFERÊNCIAS NA RESPOSTA)

Miguelópolis, 08 de maio de 2024.

Prezado(a) Senhor(a),

Pelo presentê, solicito a Vossa Senhoria providências para efetuar o desconto em folha de pagamento de **Rodrigo Borges Lacerda Junqueira**, no valor de 20% dos seus rendimentos líquidos até o limite do saldo remanescente equivalente a R\$ 406,45.

Para **processos físicos**, a resposta deverá ser enviada em papel. No caso de **processos digitais**, a resposta e eventuais documentos deverão ser encaminhados ao correio eletrônico institucional do Ofício de Justiça (miguelop1@tjsp.jus.br), em arquivo no formato PDF e sem restrições de impressão ou salvamento, devendo constar no campo "assunto" o número do processo.

Atenciosamente.

Juiz(a) de Direito: **Dr(a). JOSE MAGNO LOUREIRO JUNIOR**

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006, CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA

Diretor(a) do Departamento de Recursos Humanos do(a)
 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 CNPJ nº 52.343.829/0001-90
 R. Jose Jacob Daur, nº 925, Centro
 Miguelópolis / SP - CEP 14.530-000

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 14 JUN 2024

14062024

0000347-83.2019.8.26.0352

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE MAGNO LOUREIRO JUNIOR, liberado nos autos em 13/05/2024 às 14:43. <https://eacat.tjsp.jus.br/instadigital/rod/abrirConteudoDocumento.do> infome o processo 0000347-83.2019.8.26.0352 e código HfjKD7y4.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SAO PAULO
GUIA DE DEPÓSITO JUDICIAL VIA BOLETO DE COBRANÇA

Autor: Fundação Educacional de Ituver

Réu: RODRIGO BORGES LACERDA JUNQUEI

Miguelópolis Foro De Miguelópo - Cartório Da Vara Única 1ª

Processo: 00003478320198260352 - ID 081020000157162237

GUIA C/ NúM. CONTA JUDICIAL DISPONÍVEL NO DIA SEGUINTE AO

PGTO EM WWW.BB.COM.BR>GOVERNO>JUDICIARIO>GUIA DEP.JUDICIAL

Texto de Responsabilidade do Depositante: CUMPRIMENTO DE SEN
TENÇA

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02836.585014 21221.631175 8 97780000040645

Recibo do Pagador

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
TRIBUNAL DE JUSTICA, SP - PROCESSO: 00003478320198260352

CNPJ: 52.343.829/0001-90

- 51174001000193, Miguelópolis Foro De Miguelópo - Cartório Da Vara Única 1ª

Beneficiário Final
TRIBUNAL DE JUSTICA, SP - 51174001000193

Nosso-Número
28365850121221631

Nr. Documento
81020000157162237

Data de Vencimento
15/07/2024

Valor do Documento
406,45

(=) Valor Pago
406,45

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
BANCO DO BRASIL S.A. - SETOR PUBLICO RJ

Agência/Código do Beneficiário
2234 / 99747159-X

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02836.585014 21221.631175 8 97780000040645

Local de Pagamento

PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL

Data de Vencimento
15/07/2024

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ
BANCO DO BRASIL S.A. - SETOR PUBLICO RJ

Agência/Código do Beneficiário
2234 / 99747159-X

Data do Documento
14/06/2024

Nr. Documento
81020000157162237

Espécie DOC
ND

Acerte
N

Data do Processamento
14/06/2024

Nosso-Número
28365850121221631

Uso do Banco
81020000157162237

Carteira
17

Espécie
R\$

Quantidade

xValor

(=) Valor do Documento
406,45

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

GUIA DE DEP SITO JUDICIAL. ID Nr. 081020000157162237 Comprovante c/ nº Conta Judicial disponível no dia seguinte ao pgto, pelo site www.bb.com.br, opção S etor Público> Judiciário>Guia Dep.Jud.>Comprovante Pag.Dep

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado
406,45

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
TRIBUNAL DE JUSTICA, SP - PROCESSO: 00003478320198260352

CNPJ: 52.343.829/0001-90

- 51174001000193, Miguelópolis Foro De Miguelópo - Cartório Da Vara Única 1ª

Beneficiário Final
TRIBUNAL DE JUSTICA, SP - 51174001000193

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



14062024

CC: GERAL

Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código 57 Nome do Funcionário
RODRIGO BORGES LACERDA JUNQUEI
FARMACÊUTICO

CBO 223405 Departamento 1 Filial 1
Admissão: 01/03/2012

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.746,58	
992	TROCO DO MES	0,00	0,57	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
20	GRATIFICACOES	471,25	471,25	
301	DESCONTO JUDICIAL	406,45		406,45
998	I.N.S.S.	9,97		448,84
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		222,70
993	TROCO MES ANTERIOR	0,31		0,31
298	CONTRIBUICAO COTA SINDICAL FARMACIA	22,50		22,50
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.500,80	1.100,80
			Valor Líquido →	3.400,00
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 106.323-5		Agência: 860 - 5	Base Cál. FGTS	Base Cál. IRRF
Salário Base 3.746,58		Sal. Contr. INSS 4.500,23	FG.T.S do Mês 360,01	Faixa IRRF 22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90

CC: GERAL

Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2024

Código 57 Nome do Funcionário
RODRIGO BORGES LACERDA JUNQUEI
FARMACÊUTICO

CBO 223405 Departamento 1 Filial 1
Admissão: 01/03/2012

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.746,58	
992	TROCO DO MES	0,00	0,57	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
20	GRATIFICACOES	471,25	471,25	
301	DESCONTO JUDICIAL	406,45		406,45
998	I.N.S.S.	9,97		448,84
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		222,70
993	TROCO MES ANTERIOR	0,31		0,31
298	CONTRIBUICAO COTA SINDICAL FARMACIA	22,50		22,50
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.500,80	1.100,80
			Valor Líquido →	3.400,00
BANCO DO BRASIL S.A. 1 conta corrente: 106.323-5		Agência: 860 - 5	Base Cál. FGTS	Base Cál. IRRF
Salário Base 3.746,58		Sal. Contr. INSS 4.500,23	FG.T.S do Mês 360,01	Faixa IRRF 22,50

14062024

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.49
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC

AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3188-7 - CREDICITRUS
CONTA: 92.013-4

FAVORECIDO: GOLDEN EVENTOS ARTISTICOS DE GUAIRA
CPF/CNPJ: 30.179.921/0001-24
VALOR: R\$ 1.613,32
DEBITO EM: 14/06/2024

=====

DOCUMENTO: 061402
AUTENTICACAO SISBB: C.03B.BA5.8DC.740.B79

INSCRIÇÃO DE EVENTOS ARTÍSTICOS DE GUAIRA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO: _____ IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: *Stc*

NF-e Nº 000.000.655 SÉRIE: 1

GOLDEN EVENTOS ARTÍSTICOS DE GUAIRA LTDA


AVENIDA VINTE E UM, 30 - ORIGEM COD.3016-9968 - CENTRO, Guaira, SP - CEP: 14790000 - Fone/Fax: 17981915545

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº 000.000.655
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO
3524 0630 1799 2100 0124 5500 1000 0006 5510 3500 0901

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
135241176532519 - 04/06/2024 14:54

NATUREZA DA OPERAÇÃO: **VENDA DE MERCADORIAS**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 322076369110 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.: _____ CNPJ / CPF: 30.179.921/0001-24

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS

ENDEREÇO: RUA JOSE JACOB DAUR, 925 - BAIRRO/DISTRITO: CENTRO

MUNICÍPIO: Miguelópolis FONE/FAX: _____ UF: SP

CNPJ/CPF: 52.343.829/0001-90 DATA DA EMISSÃO: 04/06/2024

CEP: 14530-000 DATA DE ENTRADA/SAÍDA: 04/06/2024

INSCRIÇÃO ESTADUAL: _____ HORA DE ENTRADA/SAÍDA: 14:35

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	6.040,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA								6.040,00	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	PERMANENTE PISTA	49090000	0400	5102	UN	12,0000	120,0000	1.440,00					
2	PERMANENTE CAMAROTE	49090000	0400	5102	UN	1,0000	500,0000	500,00					
3	CAMAROTE 8 LUGARES	49090000	0400	5102	UN	1,0000	3.800,0000	3.800,00					
4	ESTACIONAMENTO	49090000	0400	5102	UN	2,0000	150,0000	300,00					

13 Ppto Santa Rosa 30 Ppto P.S

R\$ 1.613,32 R\$ 400,00

14.06.2024 / 14.06.2024

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

114062024

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

14062024

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.49
0860500860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3188-7 - CREDITRUS
CONTA: 92.013-4

FAVORECIDO: GOLDEN EVENTOS ARTISTICOS DE GUAIRA
CPF/CNPJ: 30.179.921/0001-24
VALOR: R\$ 245,00
DEBITO EM: 14/06/2024
=====

DOCUMENTO: 061403
AUTENTICACAO SISBB: 8.8E6.AE2.F56.B78.B43


INSCRIÇÃO DE GUAIRA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR Nº 000.000.654 SÉRIE: 1

GOLDEI EVEI TOS ARTISTICOS DE GUAIRA LTDA
 AVEI IDA VII TE E UM, 30 - ORIGEM COD.3016-9968 - CEI TRO, Guaira, SP - CEP: 14790000 - Fone/Fax: 17981915545

DAI FE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
 0 - Entrada 1 - Saída **1**
 Nº 000.000.654
 SÉRIE: 1
 Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO
 3524 0530 1799 2100 0124 5500 1000 0006 5410 3500 0900

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
 135241002891320 - 13/05/2024 17:09

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIAS

INSCRIÇÃO ESTADUAL 322076369110 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ / CPF 30.179.921/0001-24

DESTI ATÁRIO/REMETEJ TE

NOME/RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

ENDEREÇO
 RUA JOSE JACOB DAUR, 925 -

MUNICÍPIO Miguelopolis BAIRRO/DISTRITO CENTRO CNPJ/CPF 52.343.829/0001-90 DATA DA EMISSÃO 13/05/2024

FONE/FAX UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 14530-000 DATA DE ENTRADA/SAÍDA 13/05/2024

HORA DE ENTRADA/SAÍDA 17:02

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	3.340,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
TRAJ SPORTADOR/VOLUMES TRAJ SPORTADOS								VALOR TOTAL DA NOTA	3.340,00

RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

QUANTIDADE ESPECIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

FRETE POR CONTA 9 - Sem Frete CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF

MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	PERMANENTE PISTA	49090000	0400	5102	UN	12,0000	120,0000	1.440,00					
2	PISTA DIARIA	49090000	0400	5102	UN	5,0000	60,0000	300,00					
3	CAMAROTE PERMANENTE	49090000	0400	5102	UN	2,0000	500,0000	1.000,00					
4	CAMAROTE DIARIO	49090000	0400	5102	UN	4,0000	150,0000	600,00					

1º Ppto Santa casa 1º Ppto P.S.
 R\$ 245,00 R\$ 590,00
 15.06.2024 15.05.2024
 2º Ppto Sta casa 2º Ppto PS
 R\$ 245,00 R\$ 590,00
 14.06.2024 14.06.2024

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 14 JUN 2024

14062024

CÁLCULO DO ISSQJ

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.49
0860500860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : SANTA CASA DE MISERIC
BANCO: 403 - CORA SCFI
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 4.741.273-1

FAVORECIDO: E R B MENDES INFORMATICA
CPF/CNPJ: 53.318.850/0001-07
VALOR: R\$ 270,00
DEBITO EM: 14/06/2024
=====

DOCUMENTO: 061404
AUTENTICACAO SISBB: 3.30B.C05.CEB.0BB.C0D

NF-e
Nº 000000036
SÉRIE 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

E R B MENDES INFORMATICA

Rua Cel Francisco Junqueira, 152 - CENTRO - CEP:14500-000 -
ITUVERAVA - SP
TEL: (16)99120-8655

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000000036 fl. 1 / 1
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO

3524 0653 3188 5000 0107 5500 1000 0000 3611 8978 2535

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

135241152763823 01/06/2024 12:07:33

NATUREZA DE OPERAÇÃO

Venda de Mercadorias

INSCRIÇÃO ESTADUAL

389114217111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

53.318.850/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

CNPJ / CPF

52.343.829/0001-90

DATA DA EMISSÃO

01/06/2024

ENDEREÇO

RUA JOSE JACOB DAUR, 925

BAIRRO / DISTRITO

JD. PAULISTA

CEP

14530-000

DATA SAÍDA / ENTRADA

01/06/2024

MUNICÍPIO

Miguelópolis

FONE / FAX

(16)3835-6700

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

12:07:02

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

BASE CÁLC. ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

270,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP. ACESS.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

270,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
8989	CARTUCHO DE TONER COMPAT[IV BROTHER TN603.660.2370	84439933	0500	5405	UN	6,00	45,00	0,00	270,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

14062024

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nao transfere credito de icms. Empresa optante pelo simples nacional, LC 123/2006 - - Valor aproximados dos tributos fonte ibpt R\$ 0

RESERVADO AO FISCO

46275135-1
CONFERIDO / RECEBIDO
Data: 03/06/2024
Wagner

DIGIMAQ
INFORMÁTICA

EQUIPAMENTOS E
SERVIÇOS

E R B MENDES INFORMÁTICA

Rua Cel Francisco Junqueira, 152 - Centro
Ituverava-SP CEP 14500-000 Fone: (16) 99120-8655
CNPJ: 53.318.850/0001-07 IE: 389.114.217.111

ORÇAMENTO

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERICÓRIDA DE MIGUELÓPOLIS
CNPJ: 52.343.829/0001-90
ENDEREÇO: RUA JOSÉ JACOB DAUR - Nº 925 – JD. PAULISTA

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QTD	Un	TOTAL
01	TONER COMPÁTIVEL BROTHER TN 660 – PRINTECH	6	R\$ 45,00	R\$ 270,00
FRETE CIF				
VALOR TOTAL			R\$ 270,00	

Ituverava, 28 de maio de 2024.

14062024

Buscar produtos, marcas e muito mais...
Categorias: [Clientes](#) [Historico](#) [Supermercado](#) [Moda](#) [Mercado Play](#) [Vender](#) [Contato](#)

CONFIRMA
Confirma o envio para o seu endereço
Inclua seu CEP para verificar os custos e prazos de entrega precisos na busca.
Inclua CEP Mais tarde
12x R\$ 3,58
* FULL

Informática > Impressão > Suprimentos de Impressão > Toner

Novo ver 3:59s
Toner In660 Tn2340 Tn2370 Tn-660 P/ L2320 L2520 L2520dw Novo
R\$ 45
em 3x R\$ 15 sem juros
Ver os meios de pagamento

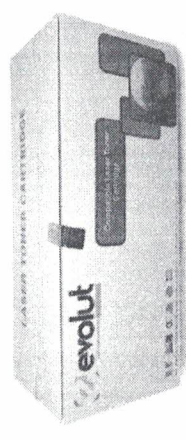
Envio para todo o país
Saiba os prazos de entrega e as formas de envio.
Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade 1-50 disponiv...

Comprar

Vender um igual | Comparar



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.49
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC

AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====
Convenio CTBC TELECOM

Codigo de Barras 8467000001-7 24540004000-3

04882118400-8 46232601000-8

Data do pagamento 14/06/2024

Valor em Dinheiro 124,54

Valor em Cheque 0,00

Valor Total 124,54

DOCUMENTO: 061405

AUTENTICACAO SISBB: 3.0D5.3C7.A13.D2B.31C

TELECOM

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

- JOSE JACOB DAUR 925 R
CENTRO
14530-000 MIGUELOPOLIS SP

PAGUE COM PIX



Nº da fatura
462326010

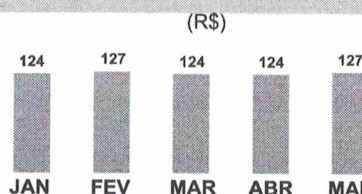
Valor total da conta
R\$ 124,54

Data de vencimento
17 / jun / 2024

FALE COM A ALGAR TELECOM

www.algartelem.com.br
@algartelem
facebook.com/algartelem
Ou ligue 103 12

HISTÓRICO VALOR DA CONTA



EMIÇÃO DESTA CONTA: 03/06/2024

CONTA SIMPLIFICADA

PACOTE CONTRATADO: BL 300MB + BL 600MB

SEU NÚMERO
08915268

PRODUTO
Pacote Banda Larga

TOTAL R\$ 124,54

Pago com recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

Na sua próxima fatura, os valores dos serviços de telefone fixo, banda larga e celular, sofrerão reajuste anual de preço, de acordo com os índices estabelecidos conforme resolução 632/2014.



UTILIZE ESTA VIA PARA PAGAMENTO

Você pode migrar para um plano que não possui livros digitais, sem a cobrança de multa. Fale com a gente pelo nosso canal de atendimento 10312.

Nome do Cliente: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS**

Nº da Fatura	Banco / Agência	Identificação	Data de Vencimento	Valor Total da Conta
462326010		000488211840	17/06/2024	124,54

8467000001-7 24540004000-3 04882118400-8 46232601000-8



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

14062024

DETALHAMENTO DE CONTA ALGAR TELECOM S/A

INTERNET : 08915268

ALGAR TELECOM S/A

SERVIÇOS

PERIODO	DESCRIÇÃO	DESCONTO	VALOR (R\$)	ALIQ%
03.05.2024 02.06.2024	ASSINATURA BANDA LARGA 600 MBPS		60,76	18
03.05.2024 02.06.2024	COBRANCA MODEM DE TERCEIROS		24,90	0
03.05.2024 02.06.2024	LIVROS DIGITAIS		38,88	0

SUB-TOTAL FATURA SERVIÇOS

R\$ 124,54

TOTAL TELEFONE: 08915268

R\$ 124,54

SUB-TOTAL FATURA

R\$ 124,54

TOTAL DA FATURA ALGAR TELECOM S/A

R\$ 124,54

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

- JOSE JACOB DAUR 925 R N° telefone: 08915268

CENTRO 14530000 MIGUELOPOLIS SP

Emissão: 03 de Junho de 2024

Código do cliente: 000488211840

Fatura: 462326010

NOTA FISCAL

SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

Nat. Operação: PREST. SERV. COMUNIC. PARA ESTABELECIMENTO COMERCIAL

CNPJ/CPF: 52.343.829/0001-90

Inscrição Estadual:

CFOP: 5303

ALGAR TELECOM S/A

NOTA FISCAL FATURA Nº 014542380 SERIE U SUBSERIE - SP

Rua Monsenhor Rosa, 1989 - Centro - Franca - SP / CEP : 14400-670

CNPJ 71.208.516/0119-66 - Insc. Est. 310.075.186.111

RESERVADO AO FISCO

f430.dc67.f246.3519.a862.9971.4f02.db98

Assinatura de Serviços de Comunicação de Dados

60,76

TOTAL ALGAR TELECOM S/A

60,76

TOTAL SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

60,76

Base de Cálculo (R\$) 60,76 Valor ICMS (R\$) 10,94

Contribuições para o FUST(1%) e FUNTTEL (0,5%) do valor dos serviços, não repassadas as tarifas. Cada operadora é responsável pelo recolhimento referente a seus serviços.

Documento fiscal autorizado por Regime Especial SEFAZ SP - Processo UA 13001-816642/2008, com anuência SEFAZ MG RE/PTA nº 16.000451815-74.

OUTROS VALORES

SERVICOS FACILIDADES

63,78

SUB-TOTAL DA FATURA

124,54

TOTAL DA FATURA ALGAR TELECOM S/A

124,54

Está precisando da segunda via da sua conta? Então anota aí essa dica: no APP ou no site, você acessa quando quiser e sem custos. Bem simples. Do jeito que você precisa.

Lembrando que o envio da Segunda via pelo correio e loja é cobrado o valor de R\$ 3,59.

Central de atendimento da Anatel: 1331. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva: 1332. Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na operadora.

Atualização de Cadastro: confira suas informações cadastrais na nota fiscal e se necessitar atualizá-las, acesse o Portal Algar Telecom (algar telecom.com.br) ou ligue 103 12 e fale "Outros Serviços".

14062024

Locais de pagamento: bancos credenciados, casas lotéricas, Agências de Correios e agentes autorizados. Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% , juros de 1% pro rata dia e correção monetária IPCA pro rata dia por atraso. Caso o pagamento não seja efetuado, após 19 dias do vencimento, seus serviços de telefonia, internet e TV poderão ser parcialmente bloqueados (internet terá a velocidade reduzida e TV será disponibilizado somente canais obrigatórios), após 30 dias desse bloqueio podem ser totalmente bloqueados e após mais 30 dias do bloqueio total o contrato poderá ser rescindido e seus dados registrados nos órgãos de proteção de crédito. Os débitos ora apresentados podem ser contestados pelo Assinante na forma da Regulamentação. Conforme determinado na Resolução nº 424 de dezembro de 2005 art. 11 É obrigatório o truncamento da fração do centavo na apresentação do valor final de qualquer registro individual constante da fatura. Em cumprimento ao artigo 64, do Regulamento do Serviço de Comunicação Multimídia, aprovado pela Resolução nº 614/2013 da ANATEL, a Algar Telecom oferece gratuitamente serviço de conexão à internet por meio do provedor NETSITE (Vogel S/A). Fique atento ao vencimento de sua fatura, e continue desfrutando do mundo Internet. O serviço de Auxilio a Lista é gratuito, a menos que você tenha solicitado e recebido da sua prestadora a lista telefônica de assinantes oficial. "A partir de 01/09/2012, o serviço NetSuper será bloqueado após 19 (dezenove) dias do vencimento da fatura sem o efetivo pagamento. Quando precisar consultar sobre os tributos incidentes em seus produtos e serviços, acesse: algartelecom.com.br/tributos

14062024

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.49
0860500860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====
Convenio CTBC TELECOM
Codigo de Barras 8468000011-5 69020004010-1
00030298820-9 46231207300-2
Data do pagamento 14/06/2024
Valor em Dinheiro 1.169,02
Valor em Cheque 0,00
Valor Total 1.169,02

DOCUMENTO: 061406
AUTENTICACAO SISBB: 3.2F2.CD1.699.BA9.198

TELECOM

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

- JACOB DAUR 925 R
CENTRO
14530-000 MIGUELOPOLIS SP

PAGUE COM PIX



Nº da fatura
462312073

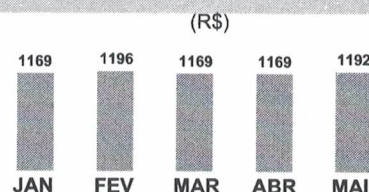
Valor total da conta
R\$ 1.169,02

Data de vencimento
17 / jun / 2024

FALE COM A ALGAR TELECOM

www.algartelecom.com.br
@algartelecom
facebook.com/algartelecom
Ou ligue 103 12

HISTÓRICO VALOR DA CONTA



EMIÇÃO DESTA CONTA: 03/06/2024

CONTA SIMPLIFICADA

TELEFONE FIXO

SEU NÚMERO	VALOR (R\$)	PLANO	PLANO INTERURBANO	PLANO INTERNACIONAL
16-3835-6700	550,00	PA033/2005 PA034/2005 PA068/2016 - VOZ TOTAL	Basico	Basico
TOTAL	R\$ 550,00			

INTERNET

SEU NÚMERO	VALOR (R\$)	PLANO
7270617	369,01	INTERNET LINK
7270618	250,01	GERENCIAMENTO DE REDE
TOTAL	R\$ 619,02	

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 14 JUN 2024

Na sua próxima fatura, os valores dos serviços de telefone fixo, banda larga e celular, sofrerão reajuste anual de preço, de acordo com os índices estabelecidos conforme resolução 632/2014.



UTILIZE ESTA VIA PARA PAGAMENTO

Você pode migrar para um plano que não possui livros digitais, sem a cobrança de multa. Fale com a gente pelo nosso canal de atendimento 10312.

Nome do Cliente: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS**

Nº da Fatura	Banco / Agência	Identificação	Data de Vencimento	Valor Total da Conta
462312073		100003029882	17/06/2024	1.169,02

84680000011-5 69020004010-1 00030298820-9 46231207300-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



14062024

DETALHAMENTO DE CONTA ALGAR TELECOM S/A

TELEFONE FIXO : 16-3835-6700

Plano LOCAL: PA033/2005 PA034/2005 PA068/2016 - VOZ TOTAL Plano INTERURBANO: Basico Plano INTERNACIONAL: Basico

SERVIÇOS

ALGAR TELECOM S/A

PERIODO	DESCRICAÇÃO	DESCONTO	VALOR (R\$)	ALIQ%				
03.05.2024 02.06.2024	ASSINATURA VOZ TOTAL EXECUTIVO		550,00	18				
SUB-TOTAL FATURA SERVIÇOS			R\$ 550,00					
LIGAÇÕES LOCAIS								
00h00m30s								
DATA	HORA	DURAÇÃO	TIPO ORIGEM	DESTINO	TELEFONE	TARIFA	VALOR (R\$)	ALIQ%
06.2024		00h00m30s	VC				0,00	0
SUB-TOTAL FATURA LIGAÇÕES LOCAIS			R\$ 0,00					
LIGAÇÕES NACIONAIS								
03h28m48s								
DATA	HORA	DURAÇÃO	TIPO ORIGEM	DESTINO	TELEFONE	TARIFA	VALOR (R\$)	ALIQ%
06.2024		03h28m48s	DDD				0,00	0
SUB-TOTAL FATURA LIGAÇÕES NACIONAIS			R\$ 0,00					
LIGAÇÕES PARA CELULAR								
02h04m36s								
DATA	HORA	DURAÇÃO	TIPO ORIGEM	DESTINO	TELEFONE	TARIFA	VALOR (R\$)	ALIQ%
06.2024		02h04m36s	VC				0,00	0
SUB-TOTAL FATURA LIGAÇÕES PARA CELULAR			R\$ 0,00					
LIGAÇÕES LOCAIS - VOIP								
02h57m30s								
DATA	HORA	DURAÇÃO	TIPO ORIGEM	DESTINO	TELEFONE	TARIFA	VALOR (R\$)	ALIQ%
06.2024		02h57m30s	Local				0,00	0
BONUS 50 MIN NATUREZA EM CONTA(DEBITO AUTOMATICO OU CONTA VIA E-MAIL)							-50,00	
SUB-TOTAL FATURA LIGAÇÕES LOCAIS - VOIP			R\$ 0,00					

TOTAL TELEFONE: 16-3835-6700

R\$ 550,00

INTERNET : 7270617

SERVIÇOS

ALGAR TELECOM S/A

PERIODO	DESCRICAÇÃO	DESCONTO	VALOR (R\$)	ALIQ%
03.05.2024 02.06.2024	ACESSO INTERNET LINK 10 Mbps			
03.05.2024 02.06.2024	LOCACAO ROTEADOR		23,99	18
03.05.2024 02.06.2024	PORTA INTERNET LINK 10 Mbps		129,15	0
SUB-TOTAL FATURA SERVIÇOS			R\$ 369,01	

TOTAL TELEFONE: 7270617

R\$ 369,01

INTERNET : 7270618

SERVIÇOS

ALGAR TELECOM S/A

PERIODO	DESCRICAÇÃO	DESCONTO	VALOR (R\$)	ALIQ%
03.05.2024 02.06.2024	ASSINATURA PLANO BASICO GERENCIAMENTO DE REDE		250,01	0
SUB-TOTAL FATURA SERVIÇOS			R\$ 250,01	

TOTAL TELEFONE: 7270618

R\$ 250,01

14062024

SUB-TOTAL FATURA

R\$ 1.169,02

TOTAL DA FATURA ALGAR TELECOM S/A

R\$ 1.169,02

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

- JOSE JACOB DAUR 925 R Nº telefone: DIVERSOS

CENTRO 14530000 MIGUELOPOLIS SP

Emissão: 03 de Junho de 2024

Código do cliente: 100003029882

Fatura: 462312073

NOTA FISCAL

CNPJ/CPF: 52.343.829/0001-90
Inscrição Estadual:
CFOP: 5303

SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

Nat. Operação: PREST. SERV. COMUNIC. PARA ESTABELECIMENTO COMERCIAL

ALGAR TELECOM S/A

NOTA FISCAL FATURA Nº 014513277 SERIE U SUBSERIE - SP

Rua Monsenhor Rosa, 1989 - Centro - Franca - SP / CEP : 14400-670
CNPJ 71.208.516/0119-66 - Insc. Est. 310.075.186.111

RESERVADO AO FISCO

f54e.4bb4.52f4.3a85.1d8a.ecbf.9708.012a

Assinatura de Serviços de Telefonia	550,00
Assinatura de Serviços de Comunicação de Dados	239,86
TOTAL ALGAR TELECOM S/A	789,86

TOTAL SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES **789,86**

Base de Cálculo (R\$) 789,86 Valor ICMS (R\$) 142,18

Contribuições para o FUST(1%) e FUNTTEL (0,5%) do valor dos serviços, não repassadas as tarifas. Cada operadora é responsável pelo recolhimento referente a seus serviços.
Documento fiscal autorizado por Regime Especial SEFAZ SP - Processo UA 13001-816642/2008, com anuência SEFAZ MG RE/PTA nº 16.000451815-74.

OUTROS VALORES

SERVICOS FACILIDADES	129,15
OUTROS SERVICOS	250,01
SUB-TOTAL DA FATURA	1.169,02
TOTAL DA FATURA ALGAR TELECOM S/A	1.169,02

Está precisando da segunda via da sua conta? Então anota aí essa dica: no APP ou no site, você acessa quando quiser e sem custos. Bem simples. Do jeito que você precisa.
Lembrando que o envio da Segunda via pelo correio e loja é cobrado o valor de R\$ 3,59.

Central de atendimento da Anatel: 1331. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva: 1332. Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na operadora.

Atualização de Cadastro: confira suas informações cadastrais na nota fiscal e se necessitar atualizá-las, acesse o Portal Algar Telecom (algartelecom.com.br) ou ligue 103 12 e fale "Outros Serviços".

Locais de pagamento: bancos credenciados, casas lotéricas, Agências de Correios e agentes autorizados. Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% , juros de 1% pro rata dia e correção monetária IPCA pro rata dia por atraso. Caso o pagamento não seja efetuado, após 19 dias do vencimento, seus serviços de telefonia, internet e TV poderão ser parcialmente bloqueados (internet terá a velocidade reduzida e TV será disponibilizado somente canais obrigatórios), após 30 dias desse bloqueio podem ser totalmente bloqueados e após mais 30 dias do bloqueio total o contrato poderá ser rescindido e seus dados registrados nos órgãos de proteção de crédito. Os débitos ora apresentados podem ser contestados pelo Assinante na forma da Regulamentação. Conforme determinado na Resolução nº 424 de dezembro de 2005 art. 11 É obrigatório o truncamento da fração do centavo na apresentação do valor final de qualquer registro individual constante da fatura. Em cumprimento ao artigo 64, do Regulamento do Serviço de Comunicação Multimídia, aprovado pela Resolução nº 614/2013 da ANATEL, a Algar Telecom oferece gratuitamente serviço de conexão à internet por meio do provedor NETSITE (Vogel S/A). Fique atento ao vencimento de sua fatura, e continue desfrutando do mundo Internet. O serviço de Auxilio a Lista é gratuito, a menos que você tenha solicitado e recebido da sua prestadora a lista telefônica de assinantes oficial. "A partir de 01/09/2012, o serviço NetSuper será bloqueado após 19 (dezenove) dias do vencimento da fatura sem o efetivo pagamento. Quando precisar consultar sobre os tributos incidentes em seus produtos e serviços, acesse: algartelecom.com.br/tributos

14062024

15/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:49
 086000860 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
 AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
 =====
 BANCO SICOOB S.A.

 75691500430109336000400765040019697500000274775
 BENEFICIARIO:
 IDG TECNOLOGIA E SOLUCOES LTDA
 NOME FANTASIA:
 IDG TECNOLOGIA E SOLUCOES LTDA
 CNPJ: 11.062.017/0001-90
 BENEFICIARIO FINAL:
 IDG TECNOLOGIA E SOLUCOES LTDA
 CNPJ: 11.062.017/0001-90
 PAGADOR:
 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUE
 CNPJ: 52.343.829/0001-90

NR. DOCUMENTO	61.701
DATA DE VENCIMENTO	17/06/2024
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2024
VALOR DO DOCUMENTO	2.747,75
VALOR COBRADO	2.747,75

NR.AUTENTICACAO D.0E6.754.B22.6C7.4DE
 =====

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.



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>



Série do Documento
Nota Fiscal de Serviço
Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal
3159

Dados do Prestador de Serviço



Idg Tecnologia e Solucoes Ltda
Rua Marino Bruno Regini,440 - sala 7 - Nova Ribeirânia
CEP 14096-710 - Fone: (16)3965-9060 - Ribeirão Preto/ SP
leoisola@ismetrologia.com.br
Inscrição Municipal 13794101 - CPF/CNPJ 11.062.017/0001-90

Data de Geração da NFS-e
03/06/2024 11:48:02
Data de Competência/Emissão
03/06/2024
Cód. de Autenticidade
EF811F03B
Responsável pela Retenção



Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação Exigível	Número do RPS 3153	Série do RPS	Data de Emissão do RPS 03/06/2024
Local dos Serviços Ribeirão Preto - São Paulo	Município Incidência Ribeirão Preto - São Paulo		

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF : 52.343.829/0001-90	IM :
Razão Social : SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS	
Endereço : RUA JOSE JACOB DAUR	Número : 925
Complemento : N/A	Bairro : CENTRO
CEP : 14530-000	Cidade/UF : Miguelópolis/ SP
Telefone :	E-mail :

Dados do Intermediário de Serviços

CNPJ	Inscrição Municipal	Razão Social
-------------	----------------------------	---------------------

Descrição dos Serviços

*NOTA FISCAL

- Contrato: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS / IDG TECNOLOGIA E SOLUCOES LTDA.

- Serviços contratados: Calibração e Teste de Segurança Elétrica

- Parcela: 2/4 - Referente ao mês: JUNHO/2024

- Valor Total do Contrato: R\$ 11.527,00 - dividido em 4 parcelas iguais de R\$ 2.881,75.

- VALOR MENSAL: R\$ R\$ 2.881,75

- VENCIMENTO: 12/07/2024

- FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO BANCARIO.

- VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS NACIONAL/FEDERAL: 387,60 (13,45%); MUNICIPAL: 112,39 (3,90%) CHAVE 5oi7Ew; FONTE IBPT.

Retenção PIS/COFINS/CSLL (4,65%): R\$ 134,00

Valor Líquido R\$ 2.747,75

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 17 JUN 2024

Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. NBS	Cód. CNAE
140107 - Conserto, Manutenção e Conservação de Quaisque...	2,50	1401		3312102
VI. Total dos Serviços R\$ 2.881,75		Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo		
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2.881,75	R\$ 72,04	Não
				R\$ 0,00
PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL
R\$ 18,73	R\$ 86,45	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 28,82
		Outras Retenções	VI. ISSQN Retido	VI. Líquido da Nota Fiscal
		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2.747,75
Construção Civil	Cód. Obra :	Art. :		

Informações Adicionais

N/A

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online>



Beneficiário IDG TECNOLOGIA E SOLUCOES LTDA MARINO BRUNO REGINI 440 SALA 07 NOVA RIBEIRANIA Ribeirão Preto - SP	11.062.017/0001-90	Vencimento 17/06/2024	Valor do Documento 2.747,75
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
	14096710	(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
		Data de Emissão 08/05/2024	(=) Valor cobrado
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 04/06/2024 Juros 0,33%/dia A partir 04/06/2024 multa de 5,00% Não conceder desconto. Pagar somente através deste boleto. Sujeito a protesto apos o vencimento.		Coop Contr/Cód. Beneficiário 5004/933600	Noosso Número 76504

Dados do Pagador			Número do Documento IDG 3065	
Nome do pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS				
Endereço RUA JOSE JACOB DAUR, 925				
Bairro / Distrito CENTRO			UF SP	CEP 14530-000
Município MIGUELOPOLIS				
Mensagem Pagador				

Autenticação mecânica - Recibo do 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.

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 17 JUN 2024



756

75691.50043 01093.360004 00765.040019 6 97500000274775

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 17/06/2024
Beneficiário IDG TECNOLOGIA E SOLUCOES LTDA					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 5004/933600
11.062.017/0001-90					Noosso número 76504
Data do documento 08/05/2024	N. documento IDG 3065	Espécie DS	Aceite S	Data processamento 08/05/2024	Valor documento 2.747,75
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie Real	Quantidade 0,00	Valor	(-) Desconto / Abatimento
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 04/06/2024 Juros 0,33%/dia A partir 04/06/2024 multa de 5,00% Não conceder desconto. Pagar somente através deste boleto. Sujeito a protesto apos o vencimento.					(-) Outras deduções
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 5004 SICOOB UNICENTRO BR					(+) Mora / Multa
Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS					(+) Outros acréscimos
RUA JOSE JACOB DAUR, 925					(=) Valor cobrado
CENTRO					
MIGUELOPOLIS - SP					
Beneficiário Final IDG TECNOLOGIA E SOLIUCOES LTDA					

Autenticação mecânica - Ficha de compensação



17062024

15/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:50
08600860 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

BANCO DO BRASIL

0019000009029967060040004138517069754000052829
BENEFICIARIO:
MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS
NOME FANTASIA:
MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRE
CNPJ: 06.189.855/0001-99
PAGADOR:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUE
CNPJ: 52.343.829/0001-90

NR. DOCUMENTO 61.801
NOSSO NUMERO 2996706000041385
CONVENIO 02996706
DATA DE VENCIMENTO 21/06/2024
DATA DO PAGAMENTO 18/06/2024
VALOR DO DOCUMENTO 528,29
VALOR COBRADO 528,29

=====

NR.AUTENTICACAO 5.AF6.A46.EF3.1BD.5DE
=====

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.

OK Louca

RECEBEMOS DE MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRELI OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 006333 Série 4
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

 <p>MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRELI Rua Joana Maria Pereira, 130, Vila Adélia 18.080-141 - Sorocaba - SP Fone (15) 3234-3490 www.medsystemhospitalar.com.br - contato@medsystem.eng.br</p>	<p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0- Entrada 1- Saída</p> <p>Nº 006333 SERIE: 4 Página: 1 de 1</p>	<p>Controle do Fisco</p>  <p>Chave de acesso 3524 0606 1898 5500 0199 5500 4000 0063 3316 9866 5509</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora</p>
--	---	--

Natureza da operação Venda de mercadorias	Protocolo de autorização de uso 135241340189478 24/06/2024 12:18:45
Inscrição Estadual 669.522.980.118	Inscr.est. do subst.trib. CNPJ 06.189.855/0001-99

Destinatário/Remetente		CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
Nome / Razão Social SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS		52.343.829/0001-90		24/06/2024
Endereço Rua Jose Jacob Daur, 925		Bairro CENTRO	CEP 14.530-000	Data saída 24/06/2024
Município Miguelópolis		Fone/Fax (16) 99211-8662	UF SP	Hora saída 12:18:44

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
--------	------------	-------	--------	------------	-------	--------	------------	-------

Cálculo do imposto					
Base de cálculo do ICMS 528,29	Valor do ICMS 95,09	Base de cálculo do ICMS Subst. 0,00	Valor do ICMS Subst. 0,00	Valor do FCP ST 0,00	Valor total dos produtos 526,50
Valor do frete 28,12	Valor do seguro 0,00	Desconto 26,33	Outras despesas acessórias 0,00	Valor do IPI 0,00	Valor total da nota 528,29

Transportador/Volumes transportados					
Nome	Frete por conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual		
Quantidade 1	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto 0,000	Peso líquido 0,000

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	Desconto	BC ICMS	Vir.ICMS	Vir.IPI	%ICMS	%IPI
5091	VALVULA REG REDE O2	90189099	000	5.102	UN	2,00	263,25	526,50	26,33	528,29	95,09	0,00	18,0000	0,00

Cálculo do ISSQN			
Inscrição Municipal	Valor total dos serviços 0,00	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN 0,00

Dados adicionais		Reservado ao fisco
Observações Total aproximado de tributos: R\$ 142,69 (27,01%) Federais R\$ 79,30 (15,01%) Estaduais R\$ 63,39 (12,00%) - Fonte IBPT. 41385 - BANCO DO BRASIL (BOLETO) - CC: SITE SETOR: PARTICIPANTE: LT: 097908001 Código de rastreamento (Nota Fiscal - 006333)		

24/06/2024 12:20:13

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 18 JUN 2024

Wagdy
CONFERIDO / RECEBIDO
Data: 28/06/2024

46275135-1

Ste SC/Particular

[bb.com.br] - Boleto gerado pelo sistema MPAG. 18/06/2024 09:38:07

INSTRUÇÕES:

Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Física.
Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Jurídica.

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 18 JUN 2024

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02996.706004 00041.385170 6 97540000052829

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS CPF/CNPJ: 52343829000190
RUA JOSE JACOB DAUR 925, MIGUELOPOLIS -SP CEP:14530000

Sacador/Avalista

Nosso-Número	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
29967060000041385	29967060000041385	21/06/2024	528,29	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRELI EP CPF/CNPJ: 06.189.855/0001-99
JOANA MARIA PEREIRA 128 , SOROCABA - SP CEP: 18080141

Agência/Código do Beneficiário
191-0 / 62359-8

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02996.706004 00041.385170 6 97540000052829

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ
MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRELI EP CPF/CNPJ: 06.189.855/0001-99

Data do Documento	Nr. Documento	Espécie DOC	Aceite	Data do Processamento
18/06/2024	29967060000041385	DM	N	18/06/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor
29967060000041385	17	R\$		

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

Data de Vencimento
21/06/2024

Agência/Código do Beneficiário
191-0 / 62359-8

Nosso-Número
29967060000041385

(=) Valor do Documento
528,29

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS CPF/CNPJ: 52343829000190
RUA JOSE JACOB DAUR 925,
MIGUELOPOLIS-SP CEP:14530000

Sacador/Avalista

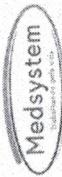
Código de Baixa

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



18062024



Resumo do pedido

Valvula Reguladora
 Rede P. Codigeblo
 R\$ 526,50
 (R\$ 263,25 cada)
 Voltar ao carrinho

Observações

Adicione informações relacionadas ao seu pedido

Subtotal R\$ 526,50
 Frete (excl. Normal (pac)) R\$ 28,12
 Desconto da forma de pagamento - R\$ 26,63
Total do pedido R\$ 528,30

Forma de pagamento

Possui cupom de desconto?
 Valide seu e-mail de desconto aqui.

Selecione uma forma de pagamento para finalizar seu pedido:

- Cartão de Crédito até 12x sem juros
- Boleto à vista

Após a finalização do pedido poderá ser visualizado o boleto bancário. O pagamento poderá ser feito em qualquer agência bancária, pelo celular ou internet banking até a data de vencimento.
- Pix

R\$ 528,30 com desconto

Finalizar pedido

1 Informações pessoais

Olá DiagoBERTO!
 comprasantasami@gmail.com
 Editar

Rua: ...
 CEP: ...

2 Endereço de entrega

Editar
 Rua: ...
 CEP: ...

3 Formas de envio

Ver detalhes
 Envio Normal (Pac) R\$ 28,12
 Previsto para 28/06/2024

Ver outras formas de envio



ATENDIMENTO
 (15) 3234-3490

18062024

17 melhores magaz...

a mais completa do Brasil!



Consulta FRETE GRATIS* para SUL e SUDESTE acima de R\$450,00

Até 6x SEM JUROS



O que você procura?

- Cuidados Pessoais
- Descartáveis
- Estabelecimento & Limpeza
- Estética
- Fisioterapia & Fitness
- Medicamentos
- Neurocirurgia
- Móveis
- Oftalmologia
- Oncologia
- Respiração
- Veterinária
- Esport. Unidades
- OUTLET - Ofertas

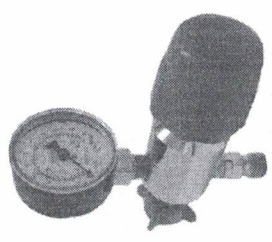
RECIBO / MEDICINA / OXIGÊNIO MEDICINAL / VÁLVULA REGULADORA PARA FEDE DE OXIGÊNIO PROTEC

Válvula Reguladora para Rede de Oxigênio PROTEC

Cód: 8603



18062024



De R\$ 437,44
Por R\$ 315,27 à vista
 no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em 1x de R\$ 318,59 sem juros (4% de desc. já calculado)

No cartão R\$ 331,86 em 3x de R\$ 110,62 sem juros

FORMA S DE PAGAMENTO

Restam apenas 14 UNIDADES em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui)



1

continuar e finalizar

Magazine Médica Completa em Produtos Médico Hospitalares e os cookies: utilizamos cookies para personalizar anúncios e melhorar a sua experiência no site. Ao continuar navegando, você concorda com a nossa Política de Privacidade



O que você procura?

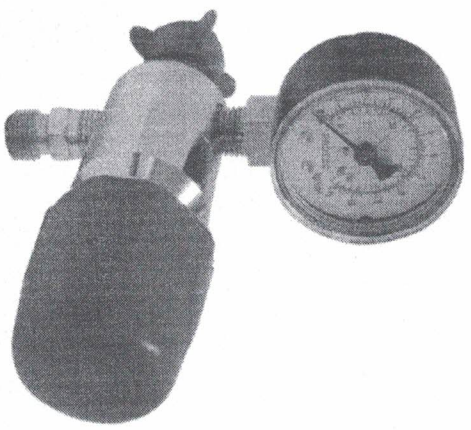


File
Conosco
Faça Login
ou Cadastre-se

- TOCOS DEPARTAMENTOS
- ACESSÓRIOS E INSTRUMENTAÇÃO
- APARELHOS MÉDICOS
- CONFORTO E TRATAMENTO
- GABEIRA DE PÓDAS
- MOBÉIS

Figura técnica > Válvula Reguladora de Pressão para Rede Oxigênio O2 Protec

Válvula Reguladora de Pressão para Rede Oxigênio O2 Protec



Disponível em:
Compartilhe este produto

R\$346,00
ou a vista no boleto:
R\$ 321,78
com desconto de 7%

prazo para postagem: 10 dias úteis

6x de R\$ 57,61 *à* JUROS

prazo para postagem: 10 dias úteis

Calculo o frete e o prazo de transporte

14530-000

OK

HTM: 2020

Formas de pagamento:

TNT - Prato de entrega após postagem - 5 dias úteis	R\$25,94
Expediente de frete (Válido: 01/06/2020 - 01/06/2020)	R\$50,00
Expediente TNT - Em tráfego 5 dias úteis	R\$25,94
Bolores - Em tráfego 8 dias úteis	R\$44,54
Entrega Expressa TC - Em tráfego 5 dias úteis	R\$55,50
KTE - Em tráfego 5 dias úteis	R\$76,61

CANCELAR

RECURSAR

Ao continuar navegando você aceita os cookies que utilizamos para melhorar o desempenho, a segurança e a sua experiência no site Para mais informações, consulte a nossa Política de Privacidade.

18062024

20/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:45:14
086000860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	20/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.156.000.101.026
VALOR TOTAL	116,65

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LABORATORIO SUNMED LTDA	
AGENCIA: 0156-2 CONTA: 101.026-3	
NR. DOCUMENTO	550.860.000.009.384

=====

NR. AUTENTICACAO	F.146.A87.AAF.47D.DB3
------------------	-----------------------

Sub

SunMed

Dados do Contribuinte

Nome/Razão Social
LABORATORIO SUNMED S/S LTDA
 Inscrição Municipal 9031
 Inscrição Estadual/RG
 Endereço
R CAP. ANTONIO JUSTINO FALLEIR, 518
 Cidade/UF
ITUVERAVA / SP

CPF/CNPJ
 01.639.514/0001-54

E-mail

Complemento Bairro
 CENTRO

CEP
 14500-000

DDD/Fone



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA (NFS-e)

Data/Hora Emissão 19/06/2024 16:20 Competência 06/2024 No. Controle 00816890 No. NF 00003085 Página 1 de 1 Chave de Segurança 1B3E-5R4A-5E3C-0B1C-8EPR

Dados do Tomador

Nome/Razão Social
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 Inscrição Municipal Inscrição Estadual/RG
 ISENTO
 Endereço
RUA JOSE JACOB DAHUR, 925
 Cidade/UF
MIGUELOPOLIS / SP

CPF/CNPJ
 52.343.829/0001-90

E-mail

Complemento Bairro
 CENTRO

CEP
 14530-000

DDD/Fone 0

Fatura N/	Vencimento	Valor	Fatura N/	Vencimento	Valor	Fatura N/	Vencimento	Valor	Fatura N/	Vencimento	Valor
		0,00			0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00			0,00

Descrição do Serviço
 REFERENTE A EXAMES DO CONVENIO UNIMED 05/2024.

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 20 JUN 2024

Base de Cálculo das Retenções

0,00	% (PIS)	R\$	0,00 (-)	0,00	% (INSS)	R\$	0,00 (-)	ISSQN Retido	R\$	0,00
0,00	% (COFINS)	R\$	0,00 (-)	0,00	% (IRRF)	R\$	0,00 (-)	Desconto Incondicional	R\$	0,00 (-)
0,00	% (CSLL)	R\$	0,00 (-)	Total Ret.Federais		R\$	0,00	Desconto Condicional	R\$	0,00 (-)
								Outros Descontos	R\$	0,00 (-)
								Valor Líquido a Pagar	R\$	116,65

Valor do ISSQN	2,33	Valor Total da Nota	116,65
----------------	------	---------------------	--------

Ativ.	Descrição da Atividade	Aliq.(%)	B.Cálculo	Ativ.	Descrição da Atividade	Aliq.(%)	B.Cálculo
04.03	Hospitais, clínicas, laboratórios,(...)	2,0000	116,65				

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

FORMULÁRIO FISCAL PADRONIZADO REGULAMENTADO ATRAVÉS DO DECRETO 4.294, DE 20 JANEIRO DE 2009.

*Para verificação da autenticidade desta NFS-e acesse: www.primaxonline.com.br/issqn/nfca/

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUVERAVA
 Secretaria Municipal da Fazenda
 Central Tributária - ISSQN
 RUA JOAO JOSE DE PAULA, 776, JD. UNIVERSITARIO - ITUVERAVA/SP (16) 3830.7000

Recebi(emos) de: LABORATORIO SUNMED S/S LTDA
 OS SERVIÇOS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 N/00003085

Chave de Segurança
 1B3E-5R4A-5E3C-0B1C-8EPR

Data

Assinatura do Recebedor

20062024

20/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:45:14
086000860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	20/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.156.000.101.026
VALOR TOTAL	5.582,62

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LABORATORIO SUNMED LTDA
AGENCIA: 0156-2 CONTA: 101.026-3
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384

=====

NR.AUTENTICACAO	5.818.541.1E6.444.326
-----------------	-----------------------

Sub

SunMed

Dados do Contribuinte

Nome/Razão Social
LABORATORIO SUNMED S/S LTDA
 Inscrição Municipal 9031
 Inscrição Estadual/RG
 Endereço
R CAP. ANTONIO JUSTINO FALLEIR, 518
 Cidade/UF
ITUVERAVA / SP

CPF/CNPJ
 01.639.514/0001-54

E-mail

Complemento Bairro
 CENTRO

CEP
 14500-000

DDD/Fone



462508816891

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA (NFS-e)

Data/Hora Emissão	Competência	No. Controle	No. NF	Página	Chave de Segurança
19/06/2024 16:24	06/2024	00816891	00003086	1 de 1	1B3E-5R4A-5E3C-0B1C-8E1R

Dados do Tomador

Nome/Razão Social
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
 Inscrição Municipal
 Inscrição Estadual/RG
ISENTO
 Endereço
RUA JOSE JACOB DAHUR, 925
 Cidade/UF
MIGUELOPOLIS / SP

CPF/CNPJ
 52.343.829/0001-90

E-mail

Complemento Bairro
 CENTRO

CEP
 14530-000

DDD/Fone

Fatura N/	Vencimento	Valor	Fatura N/	Vencimento	Valor	Fatura N/	Vencimento	Valor	Fatura N/	Vencimento	Valor
		0,00			0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00			0,00

Descrição do Serviço
 REFERENTE A LABORATORIO SUS E INTERNACAO SUS DO MES DE MAIO 2024.

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 20 JUN 2024

Base de Cálculo das Retenções

0,65 % (PIS)	R\$	38,66 (-)	0,00 % (INSS)	R\$	0,00 (-)	ISSQN Retido	R\$	0,00
3,00 % (COFINS)	R\$	178,45 (-)	1,50 % (IRRF)	R\$	89,23 (-)	Desconto Incondicional	R\$	0,00 (-)
1,00 % (CSLL)	R\$	59,48 (-)	Total Ret.Federais	R\$	365,82	Desconto Condicional	R\$	0,00 (-)
						Outros Descontos	R\$	0,00 (-)
						Valor Líquido a Pagar	R\$	5.582,62

Valor do ISSQN	118,97	Valor Total da Nota	5.948,44
----------------	--------	---------------------	----------

Ativ.	Descrição da Atividade	Aliq.(%)	B.Cálculo	Ativ.	Descrição da Atividade	Aliq.(%)	B.Cálculo
04.03	Hospitais, clínicas, laboratórios,(...)	2,0000	5.948,44				

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

FORMULÁRIO FISCAL PADRONIZADO REGULAMENTADO ATRAVÉS DO DECRETO 4.294, DE 20 JANEIRO DE 2009.

*Para verificação da autenticidade desta NFS-e acesse: www.primaxonline.com.br/issqn/nfca/

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUVERAVA
 Secretaria Municipal da Fazenda
 Central Tributária - ISSQN
 RUA JOAO JOSE DE PAULA, 776, JD. UNIVERSITARIO - ITUVERAVA/SP (16) 3830.7000

Recebi(emos) de: LABORATORIO SUNMED S/S LTDA
 OS SERVIÇOS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 N/00003086

Chave de Segurança
 1B3E-5R4A-5E3C-0B1C-8E1R

Data

Assinatura do Recebedor

20062024

20/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:16:54
086000860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	20/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.171.000.021.801
VALOR TOTAL	1.200,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: M P C MATERIAIS HOSP LTDA
AGENCIA: 0171-6 CONTA: 21.801-4
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384

=====

NR.AUTENTICACAO	2.BF4.50E.347.A2A.1C5
-----------------	-----------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

M.P. COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES LTDA.



R Renato Coelho, 99 - Centro - CEP:13970-040 - ITAPIRA - SP TEL: (19)3813-2400

OK Lucio

DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA

Nº 000131061 fl. 1 / 1 SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO 3524 0607 4992 5800 0123 5500 1000 1310 6110 8981 0480

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 135241312621105 20/06/2024 10:19:32

NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEBIDA DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL 374117828114

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF 07.499.258/0001-23

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS

CNPJ / CPF 52.343.829/0001-90

DATA DA EMISSÃO 20/06/2024

ENDEREÇO

R JOSE JACOB DAUR,, 925 *****

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

14530-000

DATA SAÍDA / ENTRADA

20/06/2024

MUNICÍPIO

MIGUELOPOLIS

FONE / FAX

(16)3835-6700

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

10:21:27

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	20/06/2024	1.200,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.200,00	216,00	0,00	0,00	1.200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPIDAS LTDA	0 - REMETENTE			SP	06.321.409/0013-20
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
R SYLVIA DA SILVA BRAGA - SETOR AER AMARAIS-AEROCL	CAMPINAS	SP	122819217110		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			2,950	2,950

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
S0097	CAPA P/ VIDEOCIRURGIA ENVELOPADA	90189099	000	5102	UN	100,00	5,00000000	500,00	0,00	500,00	90,00	0,00	18,00	0,00
Lts:904524 Qtd.100,000 Val:07/02/2026														
A10032	ENDO FOG ANTI EMBACANTE P/ OTICAS SACHE 3 ML	34029029	000	5102	UN	25,00	28,00000000	700,00	0,00	700,00	126,00	0,00	18,00	0,00
Lts:000012 Qtd.25,000 Val:12/12/2026														

Pago com Recurso de Subvenção Social Termo N.º 2024 Data: 20 JUN 2024

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Considerando o disposto na IN RFB n 1234/2012, art. 2, inciso VI, 5 Valor do IRRF: R\$ 0,00 Valor do PIS: R\$ 0,00 Valor do COFINS: R\$ 0,00 Valor da CSLL: R\$ 0,00

RESERVADO AO FISCO

CONFERIDO / RECEBIDO Data: 24/06/2024

46275135-1

Orçamento



ORÇAMENTO
007826

DATA
17/06/2024

S/Orç:
N/Orç:

Dados do cliente - Faturamento

Razão social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS C.N.P.J.: 52.343.829/0001-90
 Fantasia: Contato: I.E.:
 Endereço: JOSE JACOB DAUR 925 CEP: 14530-000
 Bairro: CENTRO Cidade: MIGUELOPOLIS UF: SP
 Telefones: () () Fax: ()

Dados do cliente - Entrega

Endereço: CEP:
 Bairro: Cidade: UF:

Informações adicionais/Itens do orçamento

Condição de pagamento: 00004 A VISTA
 Observações:

Código	Descrição do item	Quantidade Uni	Preço unit	Preço total	Vir. desc.	Valor IPI	% IPI
S0097	CAPA P/ VIDEOCIRURGIA ENVELOPADA	100,000UN	5,00	500,00	0,00	0,00	0,00
AI0032	ENDO FOG ANTI EMBAÇANTE P/ ÓTICAS SACHE 3 ML	25,000UN	28,00	700,00	0,00	0,00	0,00
Totais do orçamento...		Base Calc. Icms Sub	Vir. Icms Sub	Vir. Unit	Valor Total	VI.Tot. IPI	
		0,00	0,00	33,00	1.200,00	0,00	

Representante: ()

Peso líquido:
2,95

Aprovação efetuada por:

Transportadora: ()

Total de itens:
2

Data e aceite do cliente:

20/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:45:13
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	20/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.860.000.005.085
VALOR TOTAL	119,53

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AIDAN BONOMI STABILE	
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 5.085-7	
NR. DOCUMENTO	550.860.000.009.384
=====	
NR.AUTENTICACAO	D.471.34A.E97.165.BA2

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SÉRIE 1



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercadocolorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

Nº 000014125
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1



CHAVE DE ACESSO

135240601561600000272550010000141251003553832

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO

LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241291974446 18/06/2024 08:22:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE

445025646118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE

CNPJ DO EMITENTE

01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS

CNPJ/CPF

52.343.829/0001-90

DATA EMISSÃO

18/06/2024

ENDEREÇO

RUA JOSE JACOBI DAUR, 925

BAIRRO/ DISTRITO

CENTRO

CEP

14530-000

DATA ENTRADA/SAÍDA

18/06/2024

MUNICÍPIO

MIGUELÓPOLIS

FONE/FAX

(16) 3835-6700

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA SAÍDA

08:22:14

FATURA/ DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

119,53

VALOR DO ICMS

5,38

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS ST

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

119,53

VALOR DO FRETE

VALOR DO SEGURO

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS

VALOR DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

119,53

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS

NOME/RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Sem Transporte

CÓD. ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
1410	COXA SOBRE COXA KG	02071400	000	5929	KG	14,960	7,99	119,53	119,53	5,38		4,50	

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 20 JUN 2024

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Venda operação presencial para não contribuinte conforme art.52 §3º RICMS/SP
Ref. CF-e-SAT: 207 - COO: 93899
Conforme artigo 135, § 2º do RICMS
Cobrança / Pagamento conforme cupom fiscal

RESERVADO AO FISCO

20062024

20/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:45:14
086000860 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====
DATA DA TRANSFERENCIA 20/06/2024
NR. DOCUMENTO 550.860.000.005.085
VALOR TOTAL 819,08

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: AIDAN BONOMI STABILE
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 5.085-7

NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====
NR. AUTENTICACAO C.775.CED.13E.396.936

NF-e 000014115
SÉRIE 1

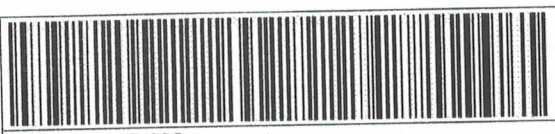
DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercadocolorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
Nº 000014115
SÉRIE 1
FOLHA 1/2
0-ENTRADA
1-SAÍDA



CHAVE DE ACESSO
35240601561600000272550010000141151003552295
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO
LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241266670492 14/06/2024 13:09:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE
445025646118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE

CNPJ DO EMITENTE
01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS

CNPJ/CPF
52.343.829/0001-90

DATA EMISSÃO
14/06/2024

ENDEREÇO
RUA JOSE JACOBI DAUR, 925

BAIRRO/ DISTRITO
CENTRO

CEP
14530-000

DATA ENTRADA/SAÍDA
14/06/2024

MUNICÍPIO
MIGUELÓPOLIS

FONE/FAX
(16) 3835-6700

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

HORA SAÍDA
13:09:43

FATURA/ DUPLICATA

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 20 JUN 2024

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 226,07 VALOR DO ICMS 21,51 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST VALOR DO ICMS ST VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 819,08

VALOR DO FRETE VALOR DO SEGURO DESCONTO OUTRAS DESPESAS VALOR DO IPI VALOR TOTAL DA NOTA 819,08

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS
NOME/ RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA Sem Transporte Cód. ANT Placa do Veículo UF CNPJ/CPF
ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
178	ABOBRINHA KG	07099300	040	5929	KG	2,840	7,45	21,16					
40662	ACUCAR DOCE VIDA 5KG	17019900	020	5929	UN	1,000	18,99	18,99	7,39	1,33		18,00	
475	ALFACE UN	07051900	040	5929	UN	3,000	3,69	11,07					
437	ALHO KG	07032090	020	5929	KG	1,102	39,99	44,07	17,14	3,09		18,00	
769860	AVEJA KININO K LIFE FLOCOS FINOS 400G	11041200	000	5929	UN	1,000	8,99	8,99	8,99	1,62		18,00	
307	BATATA DOCE KG	07142000	040	5929	KG	8,020	4,49	36,01					
24	BATATA EXTRA KG	07019000	040	5929	KG	2,444	11,49	28,08					
48	CEBOLA KG	07031019	040	5929	KG	3,230	7,45	24,06					
116	CENOURA KG	07061000	040	5929	KG	2,961	6,49	19,22					
156196	CHA MATTE LEAO 250G	09030090	060	5929	UN	2,000	10,99	21,98					
543	CHEIRO VERDE UN	07099990	040	5929	KG	8,000	4,99	39,92					
8945	CHICORIA UN	07052900	040	5929	UN	1,000	4,99	4,99					
147	CHUCHU KG	07099990	040	5929	KG	8,433	4,99	42,08					
109	COUVE FLOR UN	07041000	040	5929	UN	1,000	8,99	8,99					
604	COUVE UN	07049000	040	5929	UN	1,000	4,99	4,99					
1410	COXA SOBRE COXA KG	02071400	000	5929	KG	16,360	7,95	130,06	130,06	5,85		4,50	
86073	CREME JUSSARA LEITE 200G	04015021	060	5929	UN	4,000	3,49	13,96					
604802	FARINHA DE AVEIA KODILAR NATURAL LIFE 500G	11029000	000	5929	UN	1,000	9,99	9,99	9,99	1,80		18,00	
10139	LEITE JUSSARA INTEGRAL IL	04012010	060	5929	UN	12,000	5,49	65,88					
104050	MACARRAO SELMI GALO SEMOLA AVE MARIA 500G	19021900	020	5929	UN	11,000	5,99	65,89	34,68	4,61		13,30	
185	MAMAO PAPAIA UN	08072000	040	5929	UN	3,000	2,69	8,07					
21678	MARGARINA BUNGE DELICIA CREMOSA COM SAL 500G	15171000	060	5929	UN	15,000	5,99	89,85					
406	MILHO BANDEJA 700G	07099919	040	5929	UN	3,000	4,99	14,97					
215	PEPINO CONSERVA JAPONES KG	20011000	000	5929	KG	2,549	6,99	17,82	17,82	3,21		18,00	
253	QUIABO KG	07099990	040	5929	KG	1,610	13,99	22,52					

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SÉRIE 1



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercadocolorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
Nº 000014115
SÉRIE 1
FOLHA 2/2
0-ENTRADA
1-SAÍDA



CHAVE DE ACESSO
35240601561600000272550010000141151003552295

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO

LANÇAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241266670492 14/06/2024 13:09:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE

445025646118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE

CNPJ DO EMITENTE

01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS

CNPJ/CPF

52.343.829/0001-90

DATA EMISSÃO

14/06/2024

ENDEREÇO

RUA JOSE JACOBI DAUR, 925

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14530-000

DATA ENTRADA/SAÍDA

14/06/2024

MUNICÍPIO

MIGUELÓPOLIS

FONE/FAX

(16) 3835-6700

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA SAÍDA

13:09:43

FATURA/ DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS ST

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

VALOR DO FRETE

VALOR DO SEGURO

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS

VALOR DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS

NOME/RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Sem Transporte

CÓD. ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
205610	TANGERINA KG	08052100	040	5929	KG	4,361	3,99	17,40					
55	TOMATE KG	07020000	040	5929	KG	3,122	8,99	28,07					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Base de Cálculo do ICMS Retido R\$:125,15
Valor do ICMS Retido R\$:5,00
Venda operação presencial para não contribuinte conforme art.52 §3º RICMS/SP
Ref. CF-e-SAT: 201 - COO: 398465
Conforme artigo 135, § 2º do RICMS
Cobrança / Pagamento conforme cupom fiscal

RESERVADO AO FISCO

20062024

20/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:45:14
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	20/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.860.000.005.085
VALOR TOTAL	946,56

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: AIDAN BONOMI STABILE
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 5.085-7
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR. AUTENTICACAO	6.EF0.A33.415.32E.F88
------------------	-----------------------

NF-e 000014105
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO: _____ IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercado.colorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
Nº 000014105
SÉRIE 1
FOLHA 1/1
0-ENTRADA
1-SAÍDA **1**



CHAVE DE ACESSO
35240601561600000272550010000141051003551187
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO
LANÇAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241258387664 13/06/2024 14:44:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE
445025646118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE

CNPJ DO EMITENTE
01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS
ENDEREÇO: RUA JOSE JACOBI DAUR, 925
MUNICÍPIO: MIGUELÓPOLIS
FONE/FAX: (16) 3835-6700
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
CNPJ/CPF: 52.343.829/0001-90
DATA EMISSÃO: 13/06/2024
DATA ENTRADA/SAÍDA: 13/06/2024
HORA SAÍDA: 14:44:43

FATURA/ DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
946,56	42,60			967,35
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
		20,79		
				VALOR TOTAL DA NOTA
				946,56

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS
NOME/ RAZÃO SOCIAL: _____
FRETE POR CONTA: Sem Transporte
CÓD. ANTT: _____
PLACA DO VEÍCULO: _____
UF: _____
CNPJ/CPF: _____
MUNICÍPIO: _____
UF: _____
INSCRIÇÃO ESTADUAL: _____
QUANTIDADE: _____
ESPÉCIE: _____
MARCA: _____
NUMERAÇÃO: _____
PESO BRUTO: _____
PESO LÍQUIDO: _____

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
925	ACEM KG	02013000	000	5929	KG	20,655	25,99	536,83	536,83	24,16		4,50	
871	COXAO DURO KG Desconto em item: 871 - Valor Total do Desconto R\$: 20,79	02013000	000	5929	KG	8,046	27,49	221,18	200,39	9,02		4,50	
1502	FILE DE FRANGO KG	02071400	000	5929	KG	12,321	16,99	209,34	209,34	9,42		4,50	

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 20 JUN 2024

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Ref. CF-e-SAT: 207 - COG: 93512
Conforme artigo 135, § 2º do RICMS
Cobrança / Pagamento conforme cupom fiscal

RESERVADO AO FISCO

20062024

20/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:16:54
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	20/06/2024
NR. DOCUMENTO	553.062.000.114.660
VALOR TOTAL	1.391,55

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: NOVA HOSPITALAR COMERCIAL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 114.660-2
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR.AUTENTICACAO	0.53D.EFB.11E.4C7.276
-----------------	-----------------------

NOVA HOSPITALAR
PRODUTOS HOSPITALARESIDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**NOVA HOSPITALAR
COMERCIAL E IMPORTADORA
LTDA**RUA PAULO PERIOTTO, 363
Bairro: JARDIM DE CRESCI
13571-618 Sao Carlos - SPFone: (16)3413-8008
Fax: (16)3413-8008DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA **1**1 - SAÍDA
Nº 23.971
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO

3524.0621.0364.1700.0184.5500.0000.0239.7110.0144.0466

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

DADOS DA NF-e

135241324886224 - 21/06/2024 16:08:50

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102 Venda Dentro do Estado

INSCRIÇÃO ESTADUAL

637.341.109.119

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

21.036.417/0001-84

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS

CNPJ

52.343.829/0001-90

DATA EMISSÃO

21/06/2024

ENDEREÇO

R JOSE JACOB DAUR, 925

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14530-000

DATA DA SAÍDA

21/06/2024

MUNICÍPIO

Miguelópolis

FONE / FAX

(016)3835-6700

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

16:08:19

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CPF/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

23971/1 - 21/06/24 - 1391,55

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 20 JUN 2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.391,55

VALOR DO ICMS

202,57

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.391,55

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.391,55

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM G

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE
1-DESTINATARIO

0

CÓDIGO ANNT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
23.246.316/0001-63

ENDEREÇO

AV 10, 1126

MUNICÍPIO

RIO CLARO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

587.220.280.115

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CX

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

1,8500

PESO LÍQUIDO

1,8500

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT. /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
3538 30049059	SUGAMADEX SOD 100MG/ML SOL INJ 10 FA 2ML Marca: BLAU Lote: 24040318 - 15/03/2026 Qtde: 1.00 Numero da FCI. / CEST: 13.002.00	500 5102	CX	1,0000	798,5500	0,0000 0,0000%	798,55	798,55	95,83 0,00	0,00	12,00	0,00
1420 38221990	TESTE BOWIE DICK COMPLY SACO C/ 6 REF 1233 LFBR Marca: 3M Lote: 2410300936 - 30/04/2026 Qtde: 2.00 Numero da FCI: 375D5C41-2C8A-4B73-9465-C728EFD4F728	200 5102	PCT	2,0000	296,5000	0,0000 0,0000%	593,00	593,00	106,74 0,00	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Conferir mercadoria no ato da entrega - Não aceitaremos reclamações posteriores a 24h / PRODUTOS
ISENTOS DE PIS E COFINS, CONFORME LEI 10.147/2000. /

RESERVADO AO FISCO

462751351
CONFERIDO / RECEBIDO
Data: 25/06/2024
Nascimento

Sto

Orçamento Caixa de entrada



sp2@novahospitalar.com.br

para mim

qua., 19 de jun., 11:46 (há 21 horas)

NOVA HOSPITALAR COMERCIAL IMPORTADORA

CNPJ 21.036.417/0001-84

Segue orçamento,

02 Teste Bowi Dick saco c/ 6 Ref 1233 Lfbr 3M R\$ 296,50 R\$ 593,00

01 Sugamadex 100 mg / ml cx c/10 ampolas R\$ 798,55 R\$ 798,55

Total R\$ 1391,55

Entrega 5 dias úteis

Pagamento antecipado.

Atenciosamente:

Nova Hospitalar Comercial Eireli

Carlos Fernando Sassi

16 99783-6008 16 98113-0608

20062024

21/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:53:04
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====
DATA DA TRANSFERENCIA 21/06/2024
NR. DOCUMENTO 550.860.000.016.746
VALOR TOTAL 1.050,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: KARINA J C GOUVEIA
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 16.746-0
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====
NR.AUTENTICACAO D.DCF.1B0.1A8.D83.816



PM DE MIGUELOPOLIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUELOPOLIS - DIVISÃO DE TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

82

Código de Verificação de Autenticidade

JVFXCPYF1

Data e Hora de Emissão da NFS-e

20/06/2024 às 12:55:00

Chave de Acesso

159490V2X1V9CYFF9D85B3S2KABYF2LA

Para certificação da autenticidade acesse
<http://177.10.16.54:8080/issweb>, menu
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS MIGUELOPOLIS-SP	Local da Prestação MIGUELOPOLIS - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 20/06/2024
Optante Simples Nacional 1 - Sim	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 04 - Fixo	Tipo ISS

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 27.863.446/0001-04	RG/Inscrição Estadual 445.029.093.112	Inscrição Municipal 4372-06/17	Cadastro 018911	Nome/Razão Social KJC GOUVEIA - ME
Logradouro AV RODOLFO JORGE, 639	Complemento	Bairro CENTRO	CEP 14530-000	Cidade Miguelópolis-SP
Telefone	E-mail			

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 52.343.829/0001-90	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
Logradouro R. JOSE JACOB DAUR, 925	Complemento	Bairro CENTRO	CEP/Cod.Postal 14530-000
Cidade/País MIGUELOPOLIS - SP	Cod. IBGE 3529708	Telefone 00 00000000	E-mail

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS DE TESTE DA ORELHINHA REALIZADOS NA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS NO PERÍODO DE 01/05/2024 A 31/05/2024	1.050,00	R\$ 1.050,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 21 JUN 2024

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.08	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART	
Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.	0,00%	0000040000008	8712300			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R\$ 1.050,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.050,00	R\$ 0,00	2 - Não	R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.050,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE KJC GOUVEIA - ME O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 82 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO JVFXCPYF1.

Data

CPF/RG

Assinatura

21062024

25/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:09:28
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	25/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.860.000.005.085
VALOR TOTAL	1.571,04

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: AIDAN BONOMI STABILE
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 5.085-7
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR.AUTENTICACAO	F.3E6.B0B.253.5F6.90C
-----------------	-----------------------



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercadocolorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
Nº 000014172
SÉRIE 1
FOLHA 1/3
0-ENTRADA
1-SAÍDA



CHAVE DE ACESSO
35240601561600000272550010000141721003557927
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO: LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135241338369801 24/06/2024 09:50:51
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE: 445025646118 INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE: CNPJ DO EMITENTE: 01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS
NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS
ENDEREÇO: RUA JOSE JACOBI DAUR, 925 BAIRRO/ DISTRITO: CENTRO CEP: 14530-000
MUNICÍPIO: MIGUELÓPOLIS FONE/FAX: (16) 3835-6700 UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
DATA EMISSÃO: 24/06/2024
DATA ENTRADA/SAÍDA: 24/06/2024
HORA SAÍDA: 09:50:51

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 23 JUN 2024

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 423,50 VALOR DO ICMS: 73,46
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 9,46 VALOR DO ICMS ST: 1,580,50
VALOR DO FRETE: VALOR DO SEGURO: DESCONTO: OUTRAS DESPESAS: VALOR DO IPI: VALOR TOTAL DA NOTA: 1.571,04

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS
NOME/ RAZÃO SOCIAL: FRETE POR CONTA: Sem Transporte Cód. Antt: PLACA DO VEÍCULO: UF: CNPJ/CPF:
MUNICÍPIO: UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL:

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
49832	ACHOCOLATADO TODDY ORIGINAL POTE 750G	18069000	060	5929	UN	1,000	19,99	19,99					
40662	ACUCAR DOCE VIDA 5KG	17019900	020	5929	UN	4,000	18,99	75,96	29,54	5,32		18,00	
475	ALFACE UN	07051900	040	5929	UN	3,000	4,99	14,97					
437	ALHO KG	07032090	020	5929	KG	0,794	39,99	31,75	12,35	2,22		18,00	
4015	ALMEIRAO UN	07099990	040	5929	UN	1,000	4,99	4,99					
704885	ARROZ SOLITO VIFABON TIPO 1 5KG	10063021	040	5929	UN	7,000	27,99	195,93					
646444	AZETONA TOZZI VERDE SEM CAROCO SACHÊ 150G	20057000	060	5929	UN	2,000	7,99	15,98					
444	BANANA NANICA KG	08039000	040	5929	KG	4,433	3,99	17,69					
24	BATATA EXTRA KG	07019000	040	5929	KG	5,622	8,99	50,54					
284	BERINJELA KG	07093000	040	5929	KG	1,559	5,49	8,56					
239	BETERRABA KG	07069000	040	5929	KG	3,444	5,49	18,91					
376	CABOTIA KG	07099300	040	5929	KG	8,007	2,79	22,34					
48	CEBOLA KG	07031019	040	5929	KG	5,727	6,99	40,03					
116	CENOURA KG	07061000	040	5929	KG	3,517	3,79	13,33					
543	CHEIRO VERDE UN	07099990	040	5929	KG	10,000	3,99	39,90					
147	CHUCHU KG	07099990	040	5929	KG	3,613	5,45	19,69					
604	COUVE UN	07049000	040	5929	UN	2,000	4,99	9,98					
182829	CRÊME PIRACANJUBA LEITE 200G	04015021	060	5929	UN	9,000	3,49	31,41					
762489	GARRAFA MOR TERMICA MESA MINI VERMELHA 250ML	96170010	000	5929	UN	6,000	34,99	209,94	209,94	37,79		18,00	
151429	GUARDANAPO MILI 30 X 29,5CM 50UN Desconto em item: 151429 - Valor Total do Desconto R\$: 3,50	48183000	060	5929	UN	7,000	3,99	27,93					
664905	GUARDANAPO SORELLA 30CM X 30,5CM 50UN	48183000	060	5929	UN	2,000	3,99	7,98					
765787	GUARDANAPO SULLFG PREMIUM 31 X 31CM 50UN	48183000	060	5929	UN	4,000	3,49	13,96					
277	JILÓ KG	07099990	040	5929	KG	2,482	7,99	19,83					
10139	LEITE JUSSARA INTEGRAL 1L	04012010	060	5929	UN	25,000	5,49	137,25					

NF-e 000014172

DATA DE RECEBIMENTO
/ /

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SÉRIE 1



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercadocolorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
Nº 000014172
SÉRIE 1
FOLHA 2/3
0-ENTRADA
1-SAÍDA 1



CHAVE DE ACESSO
35240601561600000272550010000141721003557927
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO
LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241338369801 24/06/2024 09:50:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE
445025646118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE

CNPJ DO EMITENTE
01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS
ENDEREÇO: RUA JOSE JACOBI DAUR, 925
MUNICÍPIO: MIGUELÓPOLIS
FONE/FAX: (16) 3835-6700
BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
CEP: 14530-000
MUNICÍPIO: MIGUELÓPOLIS
FONE/FAX: (16) 3835-6700
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
CNPJ/CPF: 52.343.829/0001-90
DATA EMISSÃO: 24/06/2024
DATA ENTRADA/SAÍDA: 24/06/2024
HORA SAÍDA: 09:50:51

FATURA/ DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS

NOME/ RAZÃO SOCIAL: Sem Transporte
FRETE POR CONTA: Sem Transporte
CÓD. ANTT:
PLACA DO VEÍCULO:
UF:
CNPJ/CPF:
MUNICÍPIO:
UF:
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
QUANTIDADE:
ESPÉCIE:
MARCA:
NUMERAÇÃO:
PESO BRUTO:
PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
413	LIMAO TAHITI KG	08055000	040	5929	KG	5,552	4,95	27,48					
45438	MACARRAO BASILAR SEMOLADO AVE MARIA 400G	19021900	020	5929	UN	22,000	3,99	87,78	46,20	6,14		13,30	
44738	MACARRAO BASILAR SEMOLADO ESPAGUETE 400G	19021900	020	5929	UN	6,000	3,99	23,94	12,60	1,68		13,30	
707107	MAIONESE HELLMANNS SACHE 700G	21039011	000	5929	UN	1,000	17,99	17,99	17,99	3,24		18,00	
21098	MARGARINA DORIANA EXTRA CREMOSA CREME VEGETAL COM SAL 500G	15171000	060	5929	UN	12,000	6,29	75,48					
369	MELANCIA KG	08071100	040	5929	KG	9,774	1,99	19,45					
173896	MILHO FUGINI VERDE SACHE 170G	20058000	060	5929	UN	5,000	3,29	16,45					
40907	OLEO ABC SOJA PET 900ML	15079011	060	5929	UN	16,000	5,99	95,84					
253	QUIABO KG	07099990	040	5929	KG	1,878	11,99	22,52					
24761	SUCO DA FRUTA CAJU 500ML	21069010	000	5929	UN	5,000	4,99	24,95	24,95	4,49		18,00	
24754	SUCO DA FRUTA MARACUJA 500ML	21069010	000	5929	UN	3,000	7,99	23,97	23,97	4,31		18,00	
24822	SUCO MAGUARY CAJU 500ML Desconto em item: 24822 - Valor Total do Desconto R\$: 4,00	21069010	000	5929	UN	4,000	5,99	23,96	19,96	3,59		18,00	
24839	SUCO MAGUARY UVA 500ML Desconto em item: 24839 - Valor Total do Desconto R\$: 1,96	21069010	000	5929	UN	4,000	6,99	27,96	26,00	4,68		18,00	
55	TOMATE KG	07020000	040	5929	KG	7,327	5,99	43,89					

25062024

RECEBEMOS DE AIDAN BONOMI STABILE EIRELI E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 24/06/2024 VALOR TOTAL: 1.571,04
DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS, ENDEREÇO: RUA JOSE JACOBI DAUR, 925, BAIRRO: CENTRO, CEP: 14530-000, CIDADE: MIGUELÓPOLIS, ESTADO: SP.

NF-e 000014172
SÉRIE 1

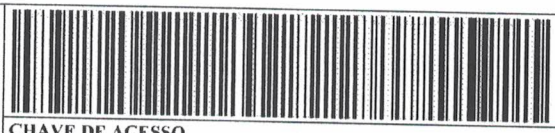
DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercadocolorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
Nº 000014172
SÉRIE 1
FOLHA 3/3
0-ENTRADA
1-SAÍDA



CHAVE DE ACESSO
135241338369801 24/06/2024 09:50:51
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO

LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241338369801 24/06/2024 09:50:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE
445025646118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE

CNPJ DO EMITENTE
01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS

CNPJ/CPF
52.343.829/0001-90

DATA EMISSÃO
24/06/2024

ENDEREÇO
RUA JOSE JACOBI DAUR, 925

BAIRRO/ DISTRITO
CENTRO

CEP
14530-000

DATA ENTRADA/SAÍDA
24/06/2024

MUNICÍPIO
MIGUELÓPOLIS

FONE/FAX
(16) 3835-6700

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

HORA SAÍDA
09:50:51

FATURA/ DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA Sem Transporte	CÓD. ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
--------------	---------------------------------	--------	-----	------	------	--------	----------------	-------------	---------	------------	-----------	----------------	---------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Base de Cálculo do ICMS Retido R\$:352,54
Valor do ICMS Retido R\$:21,44
Venda operação presencial para não contribuinte conforme art.52 §3º RICMS/SP
Ref. CF-e-SAT: 201 - COO: 400730
Conforme artigo 135, § 2º do RICMS
Cobrança / Pagamento conforme cupom fiscal

RESERVADO AO FISCO

25062024

25/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:09:28
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	25/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.860.000.005.085
VALOR TOTAL	25,96

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: AIDAN BONOMI STABILE
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 5.085-7
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR.AUTENTICACAO	D.558.62B.906.AA0.5F3
-----------------	-----------------------

NF-e 000014159
SÉRIE 1

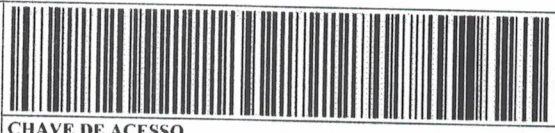
DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercado.colorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
Nº 000014159
SÉRIE 1
FOLHA 1/1
0-ENTRADA
1-SAÍDA



CHAVE DE ACESSO
135240601561600000272550010000141591003556066
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO
LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241315034511 20/06/2024 14:30:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE
445025646118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE

CNPJ DO EMITENTE
01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS
ENDEREÇO
RUA JOSE JACOBI DAUR, 925
MUNICÍPIO
MIGUELÓPOLIS
FONE/FAX
(16) 3835-6700
BAIRRO/ DISTRITO
CENTRO
CEP
14530-000
UF
SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO
DATA EMISSÃO
20/06/2024
DATA ENTRADA/SAÍDA
20/06/2024
HORA SAÍDA
14:30:12

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
25,96	1,17			25,96	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
					25,96

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS
NOME/ RAZÃO SOCIAL
FRETE POR CONTA
Sem Transporte
CÓD. ANTT
PLACA DO VEÍCULO
UF
CNPJ/CPF
ENDEREÇO
MUNICÍPIO
UF
INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE
ESPÉCIE
MARCA
NUMERAÇÃO
PESO BRUTO
PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
949	MUSCULO SEM OSSO KG	02013000	000	5929	KG	1,082	23,99	25,96	25,96	1,17		4,50	

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 25 JUN 2024

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Ref. CF-e-SAT: 202 - CGO: 162151
Conforme artigo 135, § 2º do RICMS
Cobrança / Pagamento conforme cupom fiscal

RESERVADO AO FISCO
25062024

25/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:09:28
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	25/06/2024
NR. DOCUMENTO	550.860.000.005.085
VALOR TOTAL	1.056,45

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: AIDAN BONOMI STABILE
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 5.085-7
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====

NR.AUTENTICACAO	3.EC4.AD7.551.3B5.065
-----------------	-----------------------

NF-e 000014160

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SÉRIE 1



AIDAN BONOMI STABILE EIRELI
RUA TRAJANO REZENDE DE OLIVEIRA, 766 - CENTRO
MIGUELÓPOLIS / SP
CEP: 14530-000
FONE: (16)38359900
E-MAIL: nfe.supermercadocolorado@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

Nº 000014160
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

0-ENTRADA
1-SAÍDA



CHAVE DE ACESSO
135241315050155 20/06/2024 14:31:36

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO

LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO FISCAL RE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241315050155 20/06/2024 14:31:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE

445025646118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE ST DO EMITENTE

CNPJ DO EMITENTE

01.561.600/0002-72

DESTINATÁRIO/ REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS

CNPJ/CPF

52.343.829/0001-90

DATA EMISSÃO

20/06/2024

ENDEREÇO

RUA JOSE JACOBI DAUR, 925

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

14530-000

DATA ENTRADA/SAÍDA

20/06/2024

MUNICÍPIO

MIGUELÓPOLIS

FONE/FAX

(16) 3835-6700

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA SAÍDA

14:31:36

FATURA/ DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.056,45

VALOR DO ICMS

47,54

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS ST

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.074,54

VALOR DO FRETE

VALOR DO SEGURO

DESCONTO

18,09

OUTRAS DESPESAS

VALOR DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

1.056,45

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADORAS

NOME/RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Sem Transporte

CÓD. ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
1410	COXA SOBRE COXA KG Desconto em item: 1410 - Valor Total do Desconto RS: 18,09	02071400	000	5929	KG	12,090	7,99	96,60	78,51	3,53		4,50	
871	COXAO DURO KG	02013000	000	5929	KG	10,472	27,99	293,11	293,11	13,19		4,50	
1502	FILE DE FRANGO KG	02071400	000	5929	KG	10,560	17,95	189,55	189,55	8,53		4,50	
949	MUSCULO SEM OSSO KG	02013000	000	5929	KG	20,645	23,99	495,28	495,28	22,29		4,50	

Pago com Recurso de Subvenção Social

Termo N.º 2024

Data: 25 JUN 2024

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Ref. CF-e-SAT: 209 - COG: 144816
Conforme artigo 135, § 2º do RICMS
Cobrança / Pagamento conforme cupom fiscal

RESERVADO AO FISCO

25062024


25/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:09:28
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====
DATA DA TRANSFERENCIA 25/06/2024
NR. DOCUMENTO 550.860.000.040.361
VALOR TOTAL 390,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOAQUIM MAZETTO ME
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 40.361-X
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384
=====
NR.AUTENTICACAO D.E51.C88.ED3.853.641

RECEBEMOS DE JOAQUIM MAZETTO & CIA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.000.349
		SÉRIE: 1

JOAQUIM MAZETTO & CIA LTDA AV LUIZ BORGES DO NASCIMENTO, 994 - - LAPA, Miguelopolis, SP - CEP: 14530000	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.000.349 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 0601 4267 9700 0156 5500 1000 0003 4910 0000 0710 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	INSCRIÇÃO ESTADUAL 445012010113	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 01.426.797/0001-56	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241293973316 - 18/06/2024 11:05
-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	---

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ CPF 52.343.829/0001-90	DATA DA EMISSÃO 18/06/2024
NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA MIGUELOPOLIS	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CPF 14530-000	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
FUNDFUNDO RUA JOSÉ JACOB DAUR, 925 -	MUNICÍPIO Miguelopolis	UF SP	HORA DE ENTRADA SAÍDA

FATURA					
--------	--	--	--	--	--

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	390,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	390,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				
FUNDFUNDO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
01	BOTILHO DE GAS GLP 45KG	27111910	0400	5102	UN	1,0000	390,0000	390,00					

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 25 JUN 2024

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVAÇÃO AO FISCO
	25062024

26/06/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:21:51
086000860 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	26/06/2024
NR. DOCUMENTO	553.149.000.306.406
VALOR TOTAL	3.754,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: C C RIOCLARENSE LTDA
AGENCIA: 3149-6 CONTA: 306.406-9
NR. DOCUMENTO 550.860.000.009.384

IDENTIFICADOR 1:	52.343.829/0001 90
NR.AUTENTICACAO	4.878.4BF.A65.513.E69

Rioclarense

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
Nº. 1884784 FL 1 / 1
SERIE 1

CHAVE DE ACESSO
3524 0667 7291 7800 0491 5500 1001 8847 8411 6446 4394

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
135241361425549 26/06/2024 16:03:02

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110
INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS
ENDEREÇO
RUA JOSE JACOB DAUR 925
MUNICÍPIO
MIGUELOPOLIS
BAIRRO / DISTRITO
CENTRO
UF
SP
CNPJ / CPF
52.343.829/0001-90
DATA DA EMISSÃO
26/06/2024
CEP
14530-000
DATA DA ENTRADA/SAÍDA
26/06/2024
FONE / FAX
1638356700
HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

Table with columns: FATURA/DUPLIC. (1884784/1), VENCIMENTO (01/07/2024), VALOR (3.754,00)

CÁLCULO DO IMPOSTO

Table with columns: BASE DE CÁLCULO DO ICMS (3.754,00), VALOR DO ICMS (675,72), VALOR DO ICMS SUBSTITUTO (0,00), VALOR TOTAL DOS PRODUTOS (3.754,00)

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.
ENDEREÇO
R MARIA CERON VOLPE 2260
MUNICÍPIO
SAO JOSE DO RIO PRETO
UF
SP
CNPJ
15.066.184/0001-60
INSCRIÇÃO ESTADUAL
647598751114
QUANTIDADE
20,00
ESPÉCIE
VOLUME(S)
MARCA
NUMERO
0,04403
PESO BRUTO
21,025
PESO LÍQUIDO
21,025

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Main product table with columns: CÓDIGO, DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO, NCM / SH, CST, CFOP, UN, QUANT., VALOR UNITÁRIO, VALOR TOTAL, B.CALC. ICMS, VALOR ICMS, VALOR IPI, ALIQUOTAS ICMS, IPI

Pago com Recurso de Subvenção Social
Termo N.º 2024
Data: 26 JUN 2024

CÁLCULO DO ISSQN

Table with columns: 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. DATA ENTREGA: 27/06/2024

RESERVADO AO FISCO

CONFERIDO / RECEBIDO
Data: 28/06/2024
46275135-1

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
01/07/2024	5119-5 / 306406-9	R\$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA	
3.754,00			
(=) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO	
	17115360001372337	1884784/01	
SACADO			
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS			

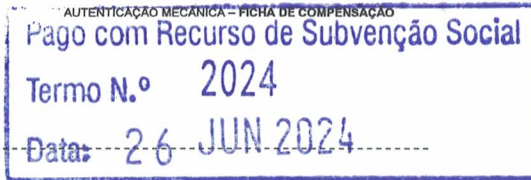
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
01/07/2024	5119-5 / 306406-9	R\$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	NOSSO NÚMERO		
3.754,00	17115360001372337		
SACADO			
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS			
ASSINATURA DO RECEBEDOR		DATA DE ENTREGA	

CORTE NA LINHA PONTILHADA

LOCAL DE PAGAMENTO	VENCIMENTO				
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO	01/07/2024				
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
26/06/2024	1884784/01	DM	N	26/06/2024	17115360001372337
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R\$			3.754,00
INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)					(-) DESCONTO / ABATIMENTO
MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 02/07/2024					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R\$ 75,08)					(+) JUROS / MULTA
*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(=) VALOR COBRADO
SACADO					
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS - CNPJ 52.343.829/0001-90					
RUA JOSE JACOB DAUR, 925					
MIGUELOPOLIS - SP - CEP: 14530-000					
					CÓDIGO DE BAIXA 1ª VIA

SACADOR / AVALISTA

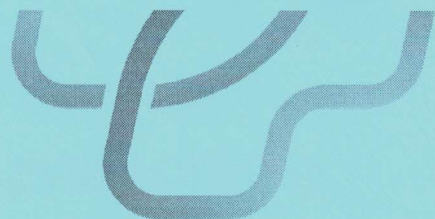


LOCAL DE PAGAMENTO	VENCIMENTO				
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO	01/07/2024				
CEDEnte	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE				
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91	5119-5 / 306406-9				
DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
26/06/2024	1884784/01	DM	N	26/06/2024	17115360001372337
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R\$			3.754,00
INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)					(-) DESCONTO / ABATIMENTO
MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 02/07/2024					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R\$ 75,08)					(+) JUROS / MULTA
*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(=) VALOR COBRADO
SACADO					
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS - CNPJ 52.343.829/0001-90					
RUA JOSE JACOB DAUR, 925					
MIGUELOPOLIS - SP - CEP: 14530-000					
					CÓDIGO DE BAIXA 2ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO





Política de Devolução

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

No ato da entrega:

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

No caso de irregularidades/não conformidades:

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

Cliente Canal Público: (19) 3522-5804

Cientes Canal Privado:

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

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

Estados do Sul – (43) 3032-1050

Demais Estados – (31) 3439-4300

- **Cliente deve efetuar a recusa no verso do DANFE e CT-e, seguem dispositivos legais:**
 - Minas Gerais: Art. 10, Parte 1, Anexo IX, RICMS-MG.
 - Paraná: Art. 319 e 445, RICMS-PR.
 - Pernambuco: Cap. VII, RICMS-PE.
 - São Paulo: Art. 453, RICMS-SP.

RIOCLARENSE

Avenida 62A, 419 – Jardim América – Fone (19) 3522-5800 – (19) 3522-5801/5802 – vendas@rioclareense.com.br
CEP: 13506-056 – Rio Claro – SP – CNPJ N° 67.729.178/0001-49 – INSCR. EST. N° 587.101.582.112

Praça Emilio Marconato, 1000, Galpão 22 - Núcleo Residencial Doutor João Nassif - vendas@rioclareense.com.br
CEP: 13916 - 074 - Jaguariúna - SP - CNPJ N° 67.729.178/0004-91 - INCR. EST. N° 395.060.142.110

Rua Paulo Costa, 320, Galpões 09, 10 e 11. – Dist. Industrial – Jd. Piemount Sul – Fone (31) 3439-4300 – Fax: (31) 3439-4302/4303 – rioclareense@mg.rioclareense.com.br
CEP: 32.669.712 – Belim – MG – CNPJ N° 67.729.178/0002-20 – INSCR. EST. N° 062.996.580.0021

Av. Joanna Rodrigues Jondral, 250, BL01, Galpão 04 - Cilo 2 - (43) 3032-1050 - vendas@rioclareense.com.br
CEP: 86067-050 - Londrina-PR - CNPJ N° 67.729.178/0005-72 e INSCR. EST. N° 90770533-17

Rodovia Empresário João Santos Filho, 689, Galpão C5 - Muribeca - Fone (19) 3522-5800 - vendas@rioclareense.com.br
CEP: 54.355-030 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CNPJ 67.729.178/0006-53 - INSCR. EST N° 0867.098-60 E INSCR. MUNICIPAL: 997.913-1

Sta



Empresa: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 Cidade: JAGUARIUNA Estado: SP
 End: PC EMILIO MARCONATO, 1000, GALPAO 22 e 27
 Fone: (19) 3522-5800
 Cep: 13.916-074
 Cnpj: 67.729.178/0004-91

Orçamento: A1K4XE/1
 Terça-feira, 25 de Junho de 2024 - 11:45:54

Dados do Cliente:

Empresa: 9816 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS Cidade: MIGUELOPOLIS - Estado: SP Fax:
 End: RUA JOSE JACOB DAUR, 925 Fone: (16) 3835-6700 Cnpj: 52.343.829/0001-90
 Cep: 14.530-000

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

Seq. Cli.	Cód. Item	Descrição	MarcaUN	Emb	Qtd	Pr.Unit	Pr.Emb	Pr.Total
1	024099	ANDROCORTIL 100MG CX C/50F-A S/DIL - 2595	TEUTO CX	Caixas	10	R\$ 3,2490	R\$ 162,4500	R\$ 1.624,50
Principio Ativo:		HIDROCORTISONA 100MG,SUCCINATO SODICO	Reg. MS: 1.0370.0463.004-6					
2	019947	ANDROCORTIL 500MG CX C/50FA IM/IV S/DIL - 2596	TEUTO CX	Caixas	10	R\$ 4,2590	R\$ 212,9500	R\$ 2.129,50
Principio Ativo:		HIDROCORTISONA 500MG,SUCCINATO SODICO	Reg. MS: 1.0370.0463.006-2					

Total Orçamento : R\$ 3.754,00

Condição de Pagamento: 28 DIAS

Previsão de Entrega: 26/06/2024

Validade da Proposta: 28/06/2024

Observações:

[Empty box for observations]

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

Valor mínimo de faturamento: R\$ 500.00

Atenciosamente,

26062024



Empresa: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
Cidade: JAGUARIUNA Estado: SP
End: PC EMILIO MARCONATO, 1000, GALPAO 22 e 27
Fone: (19) 3522-5800
Cep: 13.916-074
Cnpj: 67.729.178/0004-91

Orçamento: A1K4XE/1
Terça-feira, 25 de Junho de 2024 - 10:43:6

Dados do Cliente:

Empresa: 9816 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS Cidade: MIGUELOPOLIS - Estado: SP Fax:
End: RUA JOSE JACOB DAUR, 925 Fone: (16) 3835-6700 Cnpj: 52.343.829/0001-90
Cep: 14.530-000

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

Seq. Cli.	Cód. Item	Descrição	MarcaUN	Emb	Qtd	Pr.Unit	Pr.Emb	Pr.Total
1	024099	ANDROCORTIL 100MG CX C/50F-A S/DIL - 2595	TEUTO CX	Caixas	10	R\$ 3,3900	R\$ 169,5000	R\$ 1.695,00
Principio Ativo:		HIDROCORTISONA 100MG,SUCCINATO SODICO		Reg. MS: 1.0370.0463.004-6				
2	019947	ANDROCORTIL 500MG CX C/50FA IM/IV S/DIL - 2596	TEUTO CX	Caixas	10	R\$ 4,2990	R\$ 214,9500	R\$ 2.149,50
Principio Ativo:		HIDROCORTISONA 500MG,SUCCINATO SODICO		Reg. MS: 1.0370.0463.006-2				

Total Orçamento : R\$ 3.844,50

Condição de Pagamento: 28 DIAS

Previsão de Entrega: 26/06/2024

Validade da Proposta: 28/06/2024

Observações:

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

Valor mínimo de faturamento: R\$ 500.00

Atenciosamente,

WILLIAN LINO REPRESENTACAO
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
Orçamento realizado por: Willian Fernando Lino

15/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:50
086000860 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: SANTA CASA DE MISERIC
AGENCIA: 0860-5 CONTA: 9.384-X

=====

BANCO INTER

07790001161210125200013548443269297890000109300

BENEFICIARIO:

ML INSTRUMENTAIS CIRURGICOS LT

NOME FANTASIA:

ML INSTRUMENTAIS CIRURGICOS LTDA

CNPJ: 54.167.263/0001-19

BENEFICIARIO FINAL:

ML INSTRUMENTAIS CIRURGICOS LTDA

CNPJ: 54.167.263/0001-19

PAGADOR:

Santa Casa de Misericordia de Migue

CNPJ: 52.343.829/0001-90

NR. DOCUMENTO 62.701

DATA DE VENCIMENTO 26/07/2024

DATA DO PAGAMENTO 27/06/2024

VALOR DO DOCUMENTO 1.093,00

VALOR COBRADO 1.093,00

NR.AUTENTICACAO C.34B.CD5.2B8.00B.184

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: JF210994 SILVIO LUIS MARRA.

RECEBEMOS DE ML INSTRUMENTAIS CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS E SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 14 Série 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO DE ASSINATURA DO RECEBEDOR	

MI Instrumentais Cirurgicos Ltda Rua Antonio Ribeiro de Rezende, 583 Jardim Antartica - 14051-030 Ribeirao Preto - SP - Fone: (16) 99101-5148	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/> 1 Nº 14 SÉRIE: 1 PÁGINA 1 DE 1	CONTROLE DO FISCO 
		CHAVE DE ACESSO 3524065416726300011955001000000141238027470

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda Dentro do Estado	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241361163398
INSCRIÇÃO ESTADUAL 135475878119	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ 54.167.263/0001-19

DESTINATÁRIO/EMITENTE		CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS		52.343.829/0001-90	26/06/2024
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE ENTR./SAÍDA
Rua Jose Jacob Daur, 925	Centro	14530-000	26/06/2024
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	HORA ENTR./SAÍDA
Miguelopolis	(16) 99211-8662	SP	

FATURA

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL DE PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	1060,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR DO IPI	V. ICMS UF DEST.	V. APROX. DO TRIBUTO	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
33,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1093,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - Emitente 1 - Destinatário 2 - Terceiros	CÓDIGO ANT	PLACA	UF	CNPJ/CPF
	<input checked="" type="checkbox"/> 0				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSC. ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO


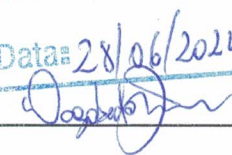
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCMSH	CST	CFOP	UN	QTD.	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
43240501072992000125	CLIQUE HEMOSTATICO EM TITANIO MEDIO-GRANDE SLS VERDE V3120-11 OTF- 2211V112	90189095	0102	5102	CX	1,000	1060,00	1060,00	0,00	0,00	0,00		0,00

Pago com Recurso de Subvenção Social
 Termo N.º 2024
 Data: 27 JUN 2024

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES MATERIAL DE INSUMO DE USO HOSPITALAR DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, ISS E IPI.	RESERVA AO FISCO  Data: 28/06/2024  46275135-1
---	---



Boleto Pix
R\$ 1.093,00

Quem vai receber:
ML INSTRUMENTAIS CIRURGICOS LTDA



Pague sua cobrança via Pix, o recebimento é instantâneo.

Leia o QR Code no seu celular.

		Beneficiário	
		54.167.263/0001-19 - ML INSTRUMENTAIS CIRURGICOS LTDA	
		Endereço do Beneficiário	
		RUA ANTONIO RIBEIRO DE REZENDE 583 , 14051-030 RIBEIRAO PRETO - SP	
Pagador	Vencimento	Valor do Documento	
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS	26/07/2024	1.093.00	
Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número / Cód. do Documento		Autenticação Mecânica
00019/340195614	00019/112/0135484432-6		

	077-9	07790.00116 12101.252000 13548.443269 2 97890000109300
--	-------	--

Local De Pagamento		Vencimento	
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO		26/07/2024	
Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário	
54.167.263/0001-19 - ML INSTRUMENTAIS CIRURGICOS LTDA		00019/340195614	
Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite
26/06/2024	132429	DM	NÃO
Uso do banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda
	112	BRL	
		Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
		26/06/2024	00019/112/0135484432-6
		Valor Moeda	Valor do Documento
			1.093.00

Informações de responsabilidade do beneficiário	(-) Desconto / Abatimento
MULTA DE 2% EM 27/07/2024.MORA DE 2% A PARTIR DE 27/07/2024.	(-) Outras Deduções
Data Limite para pagamento: 27/07/2024	(+) Mora / Multa
	(+) Outros Acréscimos
	(=) Valor cobrado

Pagador	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELÓPOLIS RUA: JOSÉ JACOB DAUR 925 CENTRO, 14530-000 MIGUELÓPOLIS/SP	CNPJ/CPF: 52.343.829/0001-90
Beneficiário Final	ML INSTRUMENTAIS CIRURGICOS LTDA	CNPJ/CPF: 54.167.263/0001-19



Autenticação Mecânica Ficha de Compensação

27062024