404

# CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICO S LTDA
RODOVIA MONSENHOR CLODOALDO DE PAIVA, S/N
LOTEAMENTO NACOES UNIDAS - ITAPIRA, SP
CEP 13974-908
FONE 19 38639500 - FAX

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

N°: 000833324 | 1

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA

SÉRIE: 10 FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
35.2511.44.734.671/0022-86-55-010-000.833.324-111.870.745-4

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
135253385137877 07/11/2025 16:37:34

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda merc.adq.receb.de terceiros

NOSSO PEDIDO: 547914 REMESSA: 0081006026

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | CNPJ |
|---|---|---|
| 374076430117 | | 44.734.671/0022-86 |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | | | CNPJ/CPF | DATA DE EMISSÃO |
|---|---|---|---|---|
| IRM DA S CASA DE MIS DE IPUA ( 1000000616 ) | | | 45.708.765/0001-19 | 07.11.2025 |
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | | CEP | DATA ENTRADA/SAÍDA |
| R FERNANDINO FRATIN ,335 | CENTRO | | 14610-000 | |
| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA/SAÍDA |
| IPUÃ | 0151638321222 | SP | ISENTO | |

**LOCAL DE ENTREGA**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP |
| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF |

**FATURA/DUPLICATA**

| VENCIMENTO | VALOR | VENCIMENTO | VALOR | VENCIMENTO | VALOR | VENCIMENTO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 05.12.2025 | 605,00 | | | | | | |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC ICMS | VALOR ICMS | BASE CÁLC ICMS ST | VALOR ICMS SUBST | VALOR PIS | VALOR TOTAL PROD |
|---|---|---|---|---|---|
| 605,00 | 108,90 | 0,00 | 0,00 | 10,41 | 605,00 |

| VALOR FRETE | VALOR SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP ACESS | VALOR TOTAL IPI | VALOR COFINS | VALOR TOTAL NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 49,11 | 605,00 |

**BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA (0-EMITENTE \| 1-DESTINATÁRIO 2-POR CONTA DE TERCEIRO \| 3-POR CONTA DO EMITENTE 4-POR CONTA DO DESTINATÁRIO \| 9-SEM FRETE) | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL | 0 | | | | 23.246.316/0001-63 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| RODOVIA WASHINGTON LUIZ KM 172 | RIO CLARO | SP | 587220280115 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | PESO CUBADO | NÚMERO | PESO BRUTO | PESO LIQUÍDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2,000 | VOLUME | | | 0,900 | 0,690 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CODIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | QTDE. | UN | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | DESC | VALOR LIQUIDO | BASE CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 70000048 | REMIFAS 2mg Po Lio.Inj 5fa - POS<br>FCI: 7C61E43F-7EC0-41EC-858B-C4C424F7AE21 \| A1<br>Lote 50032436 Validade 09/27 Fabricação 09/25 Quant. 10,000 | 3004.90.69 | 500 | 5102 | 10,000 | CX | 52,00000 | 520,00 | 0,00 | 520,00 | 520,00 | 93,60 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 70000001 | ROPI 7,5mg/mL So.inj 5est.1fa.20mL - POS<br>FCI: EE5B32B5-9197-4D68-9F47-B00F00E15452<br>Lote 50031161 Validade 07/28 Fabricação 07/25 Quant. 1,000 | 3004.90.69 | 500 | 5102 | 1,000 | CX | 85,00000 | 85,00 | 0,00 | 85,00 | 85,00 | 15,30 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

Recebi e conferi os Mater ai
12 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

conta: 230.2025-3

pedido: 553

medicamento

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
Faturamento: 90719263 - Remessa: 81006026 - Ordem: 547914 - Referência Cliente: pedido direto
BOLETO DISPONIVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.:
BancoSantander (033)-AG: 2162 - C/C 13000027-0 CNPJ: 44.734.671/0004-02.Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail:cobranca.boleto@cristalia.com.br
pedido direto|1108520|6539828E pedido direto- TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025
Representante JV4 Responsável Técnico CRM 45026 SP

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO**
Trib.Conf. Decreto 45.490/00 - RICMS/SP Trib. Aliq Zero Conf. Decreto 7.212/10 Lei 10.147/2001 Lista Positiva: R$ 496,10

**RESERVADO AO FISCO**
Cotação 553

Santander | 033-7 | 03399.05150 69400.000001 38572.401016 1 12860000060500

**RECIBO DO PAGADOR**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO. | | | | | Vencimento: 05/12/2025 |
| Beneficiário: CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA 44.734.671/0001-51<br>RODOVIA ITAPIRA LINDOIA KM 14 FAZENDA ESTANCIA CRISTALIA ITAPIRA SP BR | | | | | Agência/Código Cedente: 2162/0515694 |
| Data do Documento: 10.11.2025 | Nº do Documento: 000833324-10001 | Espécie DOC: DM | Aceite: N | Data do Processamento: 10.11.2025 | Nosso Número: 0000000385724 |
| Uso do banco | Carteira: 101 | Espécie: R$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento: 605,00 |
| Instruções<br>**APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R$ 0,81 AO DIA**<br>**SUJEITO A PROTESTOS SE NÃO FOR PAGO NO VENCIMENTO**<br>**DEVOLVER EM 03.02.2026** | | | | | (-) Desconto<br>(-) Outras Deduções/Abatimentos<br>(+) Mora/Multa/Juros |
| Pagador: IRM DA S CASA DE MIS DE IPUA CNPJ: 45708765000119<br>R FERNANDINO FRATIN 335, IPUÃ-SP<br>CEP 14610-000 | | | | | (+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado |

Autenticação Mecânica

---

Santander | 033-7 | 03399.05150 69400.000001 38572.401016 1 12860000060500

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| al de Pagamento: AGÁVEL EM QUALQUER BANCO. | | | | | Vencimento: 05/12/2025 |
| Beneficiário: CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA 44.734.671/0001-51<br>RODOVIA ITAPIRA LINDOIA KM 14 FAZENDA ESTANCIA CRISTALIA ITAPIRA SP BR | | | | | Agência/Código Cedente: 2162/0515694 |
| Data do Documento: 10.11.2025 | Nº do Documento: 000833324-10001 | Espécie DOC: DM | Aceite: N | Data do Processamento: 10.11.2025 | Nosso Número: 0000000385724 |
| Uso do banco | Carteira: 101 | Espécie: R$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento: 605,00 |
| Instruções<br>**APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R$ 0,81 AO DIA**<br>**SUJEITO A PROTESTOS SE NÃO FOR PAGO NO VENCIMENTO**<br>**DEVOLVER EM 03.02.2026** | | | | | (-) Desconto<br>(-) Outras Deduções/Abatimentos<br>(+) Mora/Multa/Juros |
| Pagador: IRM DA S CASA DE MIS DE IPUA CNPJ: 45708765000119<br>R FERNANDINO FRATIN 335, IPUÃ-SP<br>CEP 14610-000<br>Sacador/Avalista | | | | | (+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado<br>605,00 |

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 07 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | Cristalia P.A. Farm | HDL Dog. Hospit. | Serimed | |
| | TELEFONE (19) 3863-9500 | TELEFONE (34) 3221-5200 | TELEFONE (14) 21 06 2011 | TELEFONE: |
| | CONTATO: Nyloan | CONTATO: Sandra | CONTATO: Ricardo | CONTATO: |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | Remifas 2mg po lio. inj. 5fa | cx | 10 | 52.00 | 70.00 | 84.27 | |
| 2- | Ropi 7,5mg/ml So. inj. Sud. 1fa. 20ml | cx | 1 | 85.00 | 98.20 | 129.62 | |

G333011421396410024
01/12/2025 14:51:08

## Pagar com código de barras (versão antiga)

01/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:51:09
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

==========

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

---

03399051506940000000138572401016112860000060500
BENEFICIARIO:
CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
NOME FANTASIA:
CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACE
CNPJ: 44.734.671/0004-02
BENEFICIARIO FINAL:
CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACE
CNPJ: 44.734.671/0004-02
PAGADOR:
IRM DA S CASA DE MIS DE IPUA
CNPJ: 45.708.765/0001-19

---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.101 |
| DATA DE VENCIMENTO | 05/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 01/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 605,00 |
| VALOR COBRADO | 605,00 |

==========

NR.AUTENTICACAO E.F67.A25.6BE.C1D.096

==========

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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP**

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623
MONTE ALEGRE
RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14.051-150
Fone: (16) 3963-2829

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
1

**No:** 076.150
**Série:** 1 **FL:** 1 /1

CONTROLE DO FISCO

| | |
|---|---|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros |
| CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR | 3525.1102.7369.5100.0159.5500.1000.0761.5019.6870.1033 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ | Protocolo de autorização |
|---|---|---|---|
| 582475777112 | | 02.736.951/0001-59 | 135253334723161 - 04/11/2025 13:56:13 |

**DESTINATÁRIO REMETENTE**

| NOME RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 04/11/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA DA SAIDA |
|---|---|---|---|
| RUA FERDINANDO FRANTIN,335 | CENTRO | 14.610-029 | 04/11/2025 |

| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAIDA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | (16) 3832-1222 | SP | | |

**FATURA**

**001 R$ 813,40 04/12/2025 |**

**CALCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 813,40 | 146,42 | 0,00 | 0,00 | 813,40 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 813,40 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA BRAS.DE CORREIOS E TELEGRAFOS | 1 - EMITENTE 2 - DESTINATARIO: 1 | | | SP | 34.028.316/0126-24 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| AV.PROFESSOR DR.ZEFERINO.S/N | RIBEIRAO PRETO | SP | 209263344110 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | volume | | | | 1.900 |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UND | QTDE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B. CÁLCULO ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 161 | NYLON 5-0 MT15 POINT SUTURE<br>Validade: 01/07/2030 Lote: NP514M/25071 | 30061020 | 000 | 5102 | EV | 24 | 4,3000 | 103,20 | 103,20 | 18,58 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 1989 | PULSEIRA ADULTO BRANCA C/100 WILTEX<br>Validade: 29/09/2028 Lote: H20230910 | 39269090 | 000 | 5102 | UN | 200 | 1,0000 | 200,00 | 200,00 | 36,00 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 2326 | CATETER NASAL P/ OXIGENIO N 08 MARK MED<br>Validade: 30/06/2029 Lote: 23601 | 90183929 | 000 | 5102 | UN | 97 | 0,6500 | 63,05 | 63,05 | 11,35 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 2326 | CATETER NASAL P/ OXIGENIO N 08 MARK MED<br>Validade: 30/10/2026 Lote: 19297 | 90183929 | 000 | 5102 | UN | 3 | 0,6500 | 1,95 | 1,95 | 0,35 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 3005 | OXANONA 5-0 MR17 POINT SUTURE<br>Validade: 21/05/2028 Lote: OV53C/25084 | 30061020 | 000 | 5102 | EV | 24 | 18,5500 | 445,20 | 445,20 | 80,14 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

Conta: 230.2025-3

Recebi e conferi os Mater ai
05 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

Material

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

termo de fomento n 02/2025
NCM:30061020-REDUCAO A 0% DE PIS E COFINS CONFORME DECRETO 6426/08

RESERVADO AO FISCO

Licitação 555

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado.
Emissão: 04/11/2025 Destinatário: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA Valor Total: 813,40

| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---|---|
| | |

**NF-e**
**No:** 076.150
**SÉRIE:** 1 **FL:** 1 /1

5507

BANCO DO BRASIL | **001-9** | Comprovante de Entrega

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736. | | Agencia / Codigo Beneficiário<br>6504-8/1062-6 | **Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)**<br>[ ] Mudou-se [ ] Ausente [ ] Não existe nº. indicado<br>[ ] Recusado [ ] Não procurado [ ] Endereço insuficiente<br>[ ] Desconhecido [ ] Falecido [ ] Outros (anotar no verso) |
| Pagador<br>**IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117** | | Nosso Número<br>28439230000047183 | |
| Vencimento<br>**04/12/2025** | Número do Documento<br>**076150/1** | Espécie<br>**R$** | Valor do Documento<br>**813,40** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Recebemos o Titulo<br>**com as características acima** | Data | Assinatura | Data | Assinatura |

Local de Pagamento
**PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO**

Data do Processamento
**04/11/2025**

✂

BANCO DO BRASIL | **001-9** | Recibo do Pagador

Local de Pagamento
PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento
**04/12/2025**

Beneficiário CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, , / Fone:

Agência / Código Beneficiário
6504-8/1062-6

| Data do Documento | Numero do Documento | Especie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 04/11/2025 | 076150/1 | DM | N | 04/11/2025 | 28439230000047183 |

| Uso do Banco | Carteira | Especie | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 17/035 | R$ | | | **813,40** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 1,63 por dia de atraso para pagamento .

( - ) Desconto
( - ) Outras Deducoes / Abatimento
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117
RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO, IPUA / SP - 14610029

CPF / CNPJ
45.708.765/0001-19

Beneficiário
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

✂

BANCO DO BRASIL | **001-9** | 00190.00009 02843.923000 00047.183173 7 1285000008134(

Local de Pagamento
PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento
**04/12/2025**

Beneficiário CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, , / Fone:

Agência / Código Beneficiário
6504-8/1062-6

| ıta do Documento | Número do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 04/11/2025 | 076150/1 | DM | N | 04/11/2025 | 28439230000047183 |

| Uso do Banco | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 17/035 | R$ | | | **813,40** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 1,63 por dia de atraso para pagamento .

( - ) Desconto
( - ) Outras Deducoes / Abatimento
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117
RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO, IPUA / SP - 14610029

CPF / CNPJ
45.708.765/0001-19

Beneficiário
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

**Point Suture do Brasil**
**Indústria de Fios Cirúrgicos**

Fortaleza, 18 de junho de 2025.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO**

**Pelo presente instrumento particular, a empresa POINT SUTURE DO BRASIL INNDUSTRIA DE FIOS CIRURGICOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 12.340.717/0001-61, com sede à Rua Moacir 435, Barra do Ceará – Fortaleza/CE, neste ato representada por seu representante legal Antonia Amanda Camelo Brígido, doravante denominada simplesmente **CREDENCIANTE**, **credencia** a empresa abaixo qualificada como **DISTRIBUIDORA AUTORIZADA** de seus produtos:

**Razão Social da Distribuidora:** Cirúrgica Ribeirão Preto Ltda.
**CNPJ:** 02.736.951/0001-59
**Endereço:** R. MARQUES DA CRUZ
**Representante legal:** Wilson Marques da Silva
**Telefone/E-mail:** wilsoncrp@gmail.com e (16) 3963-1602

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente termo tem por objeto o **credenciamento da DISTRIBUIDORA** acima qualificada para comercialização, representação e distribuição dos produtos fabricados e/ou comercializados pela POINT SUTURE, com destaque para os **fios de sutura Catcromo, Catpoint, Nylpoint, Cottpoint, Poliesterpoint, polipropypoint, Steepoint, Oxanonapoint, Monosorbpoint, Vicpoint, Vicpoint Plus, Surgisorbpoint**, nos termos das normas técnicas e sanitárias vigentes.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

**A DISTRIBUIDORA se compromete a:**

- Comercializar os produtos da CREDENCIANTE com ética, transparência e dentro das normativas legais;
- Observar e respeitar a regulamentação sanitária aplicável aos produtos médico-hospitalares;
- Manter a rastreabilidade dos produtos distribuídos;
- Prestar suporte técnico-comercial aos seus clientes, quando solicitado.

**A CREDENCIANTE se compromete a:**

- Fornecer produtos regularizados junto à ANVISA, com certificações e registros exigidos;
- Apoiar a DISTRIBUIDORA com materiais técnicos, catálogos, amostras e treinamentos, sempre que possível;
- Manter a DISTRIBUIDORA atualizada sobre quaisquer alterações em seus produtos ou documentação.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA**

O presente credenciamento tem validade de **12 (doze) meses**, contados a partir da data de assinatura, podendo ser renovado por iguais períodos mediante manifestação expressa de ambas as partes.

Point Suture do Brasil
Indústria de Fios Cirúrgicos

**CLÁUSULA QUARTA – DA RESCISÃO**

O presente termo poderá ser rescindido a qualquer momento por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com antecedência mínima de **30 (trinta) dias**, sem que isso gere ônus ou indenizações de qualquer natureza.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- Este credenciamento **não estabelece vínculo empregatício ou societário** entre as partes;
- Fica vedada a utilização da marca POINT SUTURE de forma indevida, sem prévia autorização;
- As partes elegem o foro da comarca de Fortaleza/CE da Point Suture para dirimir quaisquer questões oriundas deste instrumento.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em duas vias de igual teor e forma.

**POINT SUTURE DO BRASIL LTDA**

ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300

Assinado de forma digital por ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=VideoConferencia, ou=07267479000176, ou=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e-CPF A3, ou=(em branco), cn=ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300
Dados: 2025.06.18 13:32:11 -03'00'

Nome: ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO
Cargo: GERENTE COMERCIAL

**CIRÚRGICA RIBEIRÃO PRETO LTDA.**

Nome: WILSON MARQUES DA SILVA
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 04 / 11 / 2025 | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | Cirurg. Rib. Preto | | | |
| **COTAÇÃO DE PREÇOS** | TELEFONE (16) 3963-2829 | TELEFONE: | TELEFONE: | TELEFONE: |
| | CONTATO: Marcos | CONTATO: | CONTATO: | CONTATO: |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | nylon 5.0 MT15 Point Suture | EV | 24 | 4.30 | | | |
| 2- | pulseira adulto branca | un | 200 | 1.00 | | | |
| 3- | cateter nasal, oxigenio nº8 | un | 100 | 0.65 | | | |
| 4- | oxanona 5.0 MR17 Point Suture | EV | 24 | 18.55 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | obs: os itens nºs 1 e 4 não tem as cotações necessarias porque são padronizados pela entidade e a Cirúrgica Ribeirão Preto Ltda é distribuidora autorizada da Point Suture conforme termo de credenciamento em anexo, os itens nºs 2 e 3 não tem as cotações necessárias por estar em falta nas distribuidoras: Dimebras (16) 3519-3170, Dumar (16) 3721-1102, Dimaster (54) 3523-2600, GM Hospitalar (11) 3572-3529, Medlenter (35) 3449-1950, Medicamental (16) 3505-4900, HDL Logistica Hosp (34) 3221 5300, Submedic (47) 3473 8845 Citria (16) 3993-9100 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

G333011421396410025
01/12/2025 14:52:19

## Pagar com código de barras (versão antiga)

01/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:52:20
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

==========

BANCO DO BRASIL

---

00190000090284392300000047183173712850000081340
BENEFICIARIO:
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA
NOME FANTASIA:
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA ME
CNPJ: 02.736.951/0001-59
PAGADOR:
IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPU
CNPJ: 45.708.765/0001-19

---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.102 |
| NOSSO NUMERO | 28439230000047183 |
| CONVENIO | 02843923 |
| DATA DE VENCIMENTO | 04/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 01/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 813,40 |
| VALOR COBRADO | 813,40 |

==========

NR.AUTENTICACAO 2.D23.FDA.DB2.F6A.7E7

==========

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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**NF-e**
Nº. 000.013.361
Série 611

RECEBEMOS DE WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 05/11/2025
VALOR TOTAL: R$ 419,01 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO - RUA FERDINANDO FRANTIN, 335 CENTRO IPUA-SP

DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

## WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA

AV M SERGIO CANCIAN, 5093
SETOR INDUSTRIAL - 14176-503
SERTAOZINHO - SP Fone/Fax: 08007099000

## DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.013.361**
**Série 611**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1135 8204 4800 9435 5561 1000 0133 6114 3609 7116**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDA PROD. ESTAB. EFET. FORA ESTABELECIMENTO | 135253351815817 - 05/11/2025 15:03:33 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|
| 664015333119 | 102664 | | 35.820.448/0094-35 |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO | 45.708.765/0001-19 | 05/11/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| RUA FERDINANDO FRANTIN, 335 | CENTRO | 14610-000 | 05/11/2025 |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | SP | 1638321222 | | 15:02:57 |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 03/12/2025 |
| Valor | R$ 419,01 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLC. DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | V. FCP UF DEST. | VALOR DO PIS | V. TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 419,01 | 75,42 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5,67 | 419,01 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | V. ICMS UF DEST. | V. TOT. TRIB. | VALOR DA COFINS | V. TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 26,11 | 419,01 |

**TRANSPORTADOR /VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| RUBENS FREIRE MOUTINHO | 0-Por conta do Emit | | | | 09.465.822/0001-12 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| RUA LUIZ DURIGAN 1622 | BARRETOS | SP | 204221972112 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Unidade | | | 14,000 | 2,640 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | VALOR DESC | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40004033 | OXIGENIO MEDICINAL CIL PP 1,00 M3 ONU 1072, OXIGENIO COMPRIMIDO, 2.2 (5.1) Lote: 2530100032 Quant: 2000 Fab: 28/10/2025 Val: 27/10/2028 | 28044000 | 0/00 | 5103 | M3 | 2,0000 | 209,5050 | 419,01 | 0,00 | 419,01 | 75,42 | | 18,00 | |

conta: 230.2025-3

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Inf. Contribuinte: CENTRO/DEPOSITO: 2455/U269, Tipo de Ordem: WOR, VEICULO: 0874, VIAGEM: 1049457 Cond.Pgto.:D028 028 Dias Data Liquida.Declaro que os produtos perigosos estao adequadamente classificados, embalados, identificados e estivados para suportar os riscos das operacoes de transporte e que atendem as exigencias da regulamentacao. - Item: 40004033 Lote: 2530100032 Cilindro: 044049410 - Item: 40004033 Lote: 2530100032 Cilindro: 040227782. .

**RESERVADO AO FISCO**

*Impresso em 19/11/2025 as 13:37:09*

5628

*Arquivo gerado em danfeonline.com.br*

Recibo do Pagador

**Bradesco** | 237-2 | **23792.37304 41011.375296 64027.642905 1 12840000041901**

| Beneficiário | Agência / Código do Beneficiário | Espécie | Quantidade | Carteira/Nosso Número |
|---|---|---|---|---|
| WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI S LTDA | 2373-6/276429-6 | R$ | | 004/10113752964-0 |

| Número Documento | CPF/CNPJ | Vencimento | (=) Valor documento |
|---|---|---|---|
| 13361-611 | 35.820.448/0001-36 | 03/12/2025 | 419,01 |

| (-) Descontos/ Abatimentos | (-) Outras deduções | (+) Mora/ Multa | (+) Outros acréscimos | (=) Valor cobrado |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Pagador
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO 45.708.765/0001-19**
**RUA FERDINANDO FRANTIN 335CENTRO**
**IPUA-SP-14610-000**

**Autenticação Mecânica**

**Corte na linha pontilhada**

**Bradesco** | 237-2 | **23792.37304 41011.375296 64027.642905 1 12840000041901**

| Local de Pagamento | Vencimento |
|---|---|
| PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO | 03/12/2025 |
| Beneficiário | Agência / Código do Beneficiário |
| WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI S LTDA AV PASTOR MARTIN LUTHER KING JR 35.820.448/0001-36 | 2373-6/276429-6 |

| Data do Documento | Nr Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data Processamento | Carteira/Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 05/11/2025 | 13361-611 | DM | N | 19/11/2025 | 004/10113752964-0 |

| Uso do banco | Carteira | Espécie | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 004 | R$ | | | 419,01 |

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
** VALORES EXPRESSOS EM REAIS****

APÓS O VENCIMENTO DO TÍTULO COBRAR:

MULTA DE 2 % S/VALOR DO TITULO APÓS VENCIMENTO
JUROS/MORA DE 1 % A.M. (PRÓ RATA DIA)

(-) Descontos/ Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora/ Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO 45.708.765/0001-19**
**RUA FERDINANDO FRANTIN 335CENTRO**
**IPUA-SP-14610-000**

Sacador / Avalista: -

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

**Corte na linha pontilhada**

G333011421396410026
01/12/2025 14:53:51

## Pagar com código de barras (versão antiga)

01/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:53:52
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

BCO BRADESCO S.A.

23792373044101137529664027642905112840000041901
BENEFICIARIO:
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI
NOME FANTASIA:
WHITE MARTINS
CNPJ: 35.820.448/0001-36
BENEFICIARIO FINAL:
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD
CNPJ: 35.820.448/0001-36
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.103 |
| DATA DE VENCIMENTO | 03/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 01/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 419,01 |
| VALOR COBRADO | 419,01 |

NR.AUTENTICACAO 7.E04.74A.007.25A.D4C

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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Precision Hospitalar

**PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA**
RUA ANGELA BERBEL PAGANO, 006
JARDIM ALVORADA - 14140-000
CRAVINHOS - SP Fone/Fax: 1632369010
www.precisionhospitalar.com.br

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.077.918**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1130 4614 4200 0104 5500 1000 0779 1810 2057 8070**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **135253335569071 - 04/11/2025 14:47:25** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **279094018110** | | **30.461.442/0001-04** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **04/11/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 02/12/2025 |
| Valor | R$ 677,50 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 677,50 | 118,26 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 677,50 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO | TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 677,50 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| VN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI | 0-Remetente | | | | 12.270.745/0004-00 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200** | **SUMARE** | **SP** | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Volumes | | | 7,422 | 7,422 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16191 | CLORIDRATO DE AMBROXOL 30MG/5ML XAROPE 100ML (SABOR HORTELÃ)/FARMACE G+ Lote: CA24G371 Qt: 30 Val: 23/06/26 | 30039099 | 000 | 5102 | UN | 30 | 1,3000 | 39,00 | 39,00 | 4,68 | | | 12,00 | |
| 15834 | FOSFATO SODICO DE PREDNISOLONA 3MG/ML C/60ML (USO ORAL)/HIPOLABOR G+ Lote: 0897/25 Qt: 5 Val: 29/06/27 FCI:C19C360F-2EBE-4C3A-B37D-47E17CF4AF85 | 30043999 | 500 | 5102 | UN | 5 | 4,5000 | 22,50 | 22,50 | 2,70 | | | 12,00 | |
| 15550 | HYFREN (EPINEFRINA) 1MG/1ML SOL INJ CX/100 AMP (IV/IM/SC)/HYPOFARMA S+ Lote: 24112420 Qt: 7 Val: 30/11/26 | 30039099 | 000 | 5102 | CX | 7 | 88,0000 | 616,00 | 616,00 | 110,88 | | | 18,00 | |

conta: 230.2025-3

Recebi e conferi os Mater ai
05 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo .sável Recebimento

código: 5490 medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
Inf. Contribuinte:
Termo de Fornecimento 02/25
Vendedor: 38-ISABEL AGUIAR Id Ped: 2057757
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 91,13 Estadual: R$ 81,30 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

**RESERVADO AO FISCO**
Cotação 554

*IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE*

**PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA**
RUA ANGELA BERBEL PAGANO 06, SN
JARDIM ALVORADA - 14140-000
CRAVINHOS - SP (16) 3236-9010
Email: financeiro@precisionhospitalar.com.br

# Representação Gráfica de CC-e
*(Carta de Correção Eletrônica)*

ID do Evento: 110110352511304614420001045500100007791810205780700 1
Criado em : 24/11/2025 15:48:42
Prococolo: 135253618718015 - Registrado em: 24/11/2025 15:48:42

De acordo com as determinações legais vigentes, vimos por meio desta comunicar-lhe que a Nota Fiscal, abaixo referenciada, contém irregularidades que estão destacadas e suas respectivas correções, solicitamos que sejam aplicadas essas correções ao executar seus lançamentos fiscais.

**CNPJ do Destinatário: 45.708.765/0001-19**

**Nota Fiscal: 000.077.918 - Série: 001**

3525 1130 4614 4200 0104 5500 1000 0779 1810 2057 8070

*A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.*

**CORREÇÕES A SEREM CONSIDERADAS**

**TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025.**

*Este documento é uma representação gráfica da CC-e e foi impresso apenas para sua informação e não possui validade fiscal.*
*A CC-e deve ser recebida e mantida em arquivo eletrônico XML e pode ser consultada através dos Portais das SEFAZ.*

SICOOB

**RECIBO DO PAGADOR**

| Beneficiário: | Cód.Cooper./Cód.Beneficiário | Data do Documento | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA** | **3214/401110-4** | **04/11/2025** | **02/12/2025** |
| Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (2751) RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO 14610-000 - IPUA-SP | Número Documento: **77918-01** | Nosso Número: 0015247 | Valor do Documento: **677,50** |

**Autenticação Mecânica**

SICOOB | **756-7** | **75691.32140 01401.110406 01524.740014 9 12830000067750**

| Local de Pagamento: | | | | | Vencimento |
|---|---|---|---|---|---|
| **PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO** | | | | | **02/12/2025** |
| Beneficiário **PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA- 30.461.442/0001-04** | | | | | Cód.Cooper./Cód.Beneficiário **3214/401110-4** |
| Data do documento: **04/11/2025** | No. do documento **77918-01** | Espécie doc. **DM** | Aceite **N** | Data Processamento **04/11/2025** | Nosso Número **0015247-4** |
| Uso do Banco | Carteira **1** | Espécie Moeda **R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento **677,50** |

**Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)**

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,23 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 13,55
ATENÇÃO:
Informamos que a Precision Hospitalar centralizará TODOS os recebimentos de notas fiscais faturadas pelo CNPJ da filial 30.461.442/0004-49, seja através de boletos, depósitos, ou PIX, em conta corrente no CNPJ da matriz 30.461.442/0001-04.

Sujeito a protesto após 10 do vencimento.

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (2751)
RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUA-SP

45.708.765/0001-19

**Ficha de Compensação**

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 04 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Precision Hospit. | Dumar | Serimed | Citira C. Hospit. |
| | | | TELEFONE (16) 3236.9010 | TELEFONE (16) 3721.1102 | TELEFONE (14) 2106.2011 | TELEFONE (16) 3993.9100 |
| | | | CONTATO: Mauricio | CONTATO: Silma | CONTATO: Ricardo | CONTATO: Junior |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| 1- cloridrato de ambroxol 30mg/5ml xpe 100ml | un | 30 | 1.30 | 2.80 | — | 2.40 |
| 2 fosfato sódico de prednisolona 3mg/ml cl 60ml | un | 5 | 4.50 | 5.15 | 6.13 | — |
| 3- Hyfren (epinefrina) 1mg/1ml sol. inj. cx 100 amp. | cx | 7 | 88.00 | 99.00 | 133.27 | — |

G333011421396410027
01/12/2025 14:54:52

## Pagar com código de barras (versão antiga)

01/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:54:52
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

BANCO SICOOB S.A.

75691321400140111040601524740014912830000067750
BENEFICIARIO:
PRECISION COMERCIAL DISTRIBUID
NOME FANTASIA:
PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA D
CNPJ: 30.461.442/0001-04
BENEFICIARIO FINAL:
PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA D
CNPJ: 30.461.442/0001-04
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.104 |
| DATA DE VENCIMENTO | 02/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 01/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 677,50 |
| VALOR COBRADO | 677,50 |

NR.AUTENTICACAO 7.489.2F9.1AF.AFF.383

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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

NFe v4.0 - VERSÃO 6.10

MedCenter Comercial

**MED CENTER COMERCIAL LTDA**

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

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

**Nº: 000003983**
**SÉRIE: 1**
**FOLHA: 1/1**

**CHAVE DE ACESSO:**
**3525 1100 8749 2900 0573 5500 1000 0039 8315 1306 1034**

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 NAO CONTRIBUINTE - 5102**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
**135253336637059 04/11/25 15:57:54**

INSCRIÇÃO ESTADUAL
**131837784113**

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.

CNPJ
**00.874.929/0005-73**

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL
( 14062 ) - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

C.N.P.J / C.P.F.
45.708.765/0001-19

DATA EMISSÃO
04/11/2025

ENDEREÇO
R FERDINANDO FRATIN, 335

BAIRRO / DISTRITO
CENTRO

CEP
14610-000

DATA DA ENTR/SAÍDA
04/11/2025

MUNICÍPIO
IPUA

FONE / FAX
1638321222

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
15:57:30

**FATURA / DUPLICATA**

001 02/12/2025 557,15

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. | VALOR DO I.C.M.S. | BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST | VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 94,85 | 6,59 | 0,00 | 0,00 | 557,15 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO I.P.I. | VALOR APROX.TRIBUTOS | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 557,15 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL
[illegible]N TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI

FRETE POR CONTA
0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF
SP

C.N.P.J / C.P.F.
12270745000400

ENDEREÇO
RODOVIA ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200

MUNICÍPIO
SUMARE

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671495090114

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE
VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO
707689

PESO BRUTO
3,220 Kg

PESO LÍQUIDO
3,220 Kg

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO / NCM | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | CX / UN | CFOP / CST | QUANTIDADE / UNIDADE | VALOR UNITÁRIO | % DESC / VLR DESC | VALOR LÍQUIDO | VALOR BRUTO / B.CALC.ICMS | BC. ICMS ST / VL. ICMS ST | VALOR ICMS | VALOR IPI | VL.APROX. TRIBUTOS | ALÍQUOTAS %ICMS | %IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01562300 3004.10.12 | AMOX+AC CLAVUL 500+125MG COMP VP - PH4278/FAB.01/01/25/VAL.30/12/26 C/ 21 CP | 0 63 | 5102 200 | 3 CV | 19,950000 | 0,00% 0,00 | 59,85 | 59,85 59,85 | 0,00 0,00 | 2,39 | 0,00 | | 4,00 | 0,00 |
| 01208600 9018.39.26 | CATETER 24 SIMPLES - INT. / - 250181/FAB.27/06/25/VAL.26/06/30 C/ 100 UN | 0 600 | 5102 240 | 6 CV | 77,050000 | 0,00% 0,00 | 462,30 | 462,30 462,30 | 0,00 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 18,00 | 0,00 |
| 01225500 3004.90.99 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMP /VP - B25H0482/FAB.01/08/25/VAL.30/08/27 C/ 30 CP | 0 150 | 5102 500 | 5 CV | 1,200000 | 0,00% 0,00 | 6,00 | 6,00 6,00 | 0,00 0,00 | 0,72 | 0,00 | | 12,00 | 0,00 |
| 01224800 9018.39.29 | SONDA 5,0 C/BL ENDOT DESC (20FR) CAT / - 2518150C/FAB.01/05/25/VAL.30/04/30 | 0 10 | 5102 700 | 10 UN | 2,900000 | 0,00% 0,00 | 29,00 | 29,00 29,00 | 0,00 0,00 | 3,48 | 0,00 | | 12,00 | 0,00 |

conta: 230-2025-3

Recebi e conferi os Mater ai
05 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo..sável Recebimento

codigo: 5486

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
BOLETO
TERMO DE FOMENTO N 02/2025
Produtos isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS/
Pedido: 707689
Volume M3: 0,026311
Rota: 8
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS

**RESERVADO AO FISCO**

Otorão 541

Desenvolvido por Dual Consultoria e Sistemas - www.dualmais.com.br

**Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **Comprovante de Entrega**

| | | |
|---|---|---|
| BENEFICIÁRIO<br>MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005 | AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO<br>0676/00854 | N. DO DOCUMENTO<br>3983/01 |
| PAGADOR<br>14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE I | NOSSO NÚMERO<br>109/00117540 | VENCIMENTO<br>02/12/2025 |
| RECEBI(EMOS) O BLOQUETO | ASSINATURA | VALOR DO DOCUMENTO<br>557,15 |

| | |
|---|---|
| LOCAL DE PAGAMENTO<br>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | DATA DE PROCESSAMENTO<br>04/11/2025 |

**Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **RECIBO DO PAGADOR**

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005-73
RUA VINTE E QUATRO DE MAIO, 104 - SALA 108 CONJ A E B PAVMTO4 - Bairro: CENTRO - SAO

| DATA DO DOCUMENTO | NO. DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DOC. | ACEITE | DATA DO PROCESSAMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 04/11/2025 | 3983/01 | DM | N | 04/11/2025 |

| USO DO BANCO | CIP | CARTEIRA | MOEDA | QUANTIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 109 | R$ | | X |

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 02/12/2025, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.
Protestar 7 dias após o Vencimento.
CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A, PAGAR SOMENTE NO BANCO
Parcela: 1/01

APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAU.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO
APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ

**341-7** RECIBO DO PAGADOR

MedCenter Comercial

**Fone: (35) 3449-1950**

| | |
|---|---|
| VENCIMENTO | 02/12/2025 |
| AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO | 0676/00854-3 |
| CART. / NOSSO NÚMERO | 109/00117540-8 |
| 1 (=) VALOR DO DOCUMENTO | 557,15 |
| 2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS | |
| 3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| 4 (+) MORA / MULTA / JUROS | |
| 5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS | |
| 6 (=) VALOR COBRADO | |

PAGADOR
14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPU CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19
R FERDINANDO FRATIN, 335 CENTRO
14610000 IPUA SP
SACADOR/AVALISTA

Autenticação Mecânica

**Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **34191.09008 11754.080676 60085.430001 6 12830000055715**

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005-73
RUA VINTE E QUATRO DE MAIO, 104 - SALA 108 CONJ A E B PAVMTO4 - Bairro: CENTRO - SAO

| DATA DA DOCUMENTO | Nº DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DOC. | ACEITE | DATA PROCESSAMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 04/11/2025 | 3983/01 | DM | N | 04/11/2025 |

| USO DO BANCO | CIP | CARTEIRA | MOEDA | QUANTIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 109 | R$ | | X |

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 02/12/2025, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.
Protestar 7 dias após o Vencimento.
CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A, PAGAR SOMENTE NO BANCO
Parcela: 1/01

APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAU.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO
APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ

| | |
|---|---|
| VENCIMENTO | 02/12/2025 |
| AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO | 0676/00854-3 |
| CART. / NOSSO NÚMERO | 109/00117540-8 |
| 1 (=) VALOR DO DOCUMENTO | 557,15 |
| 2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS | |
| 3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| 4 (+) MORA / MULTA / JUROS | |
| 5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS | |
| 6 (=) VALOR COBRADO | |

PAGADOR
14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPU CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-
R FERDINANDO FRATIN, 335 CENTRO
14610000 IPUA SP
SACADOR/AVALISTA

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 04 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | FONECEDOR: Med Center | FONECEDOR: Precision Hospit. | FONECEDOR: Citra C. Hospit | FONECEDOR: Lumar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | TELEFONE: (35) 3449.1950 | TELEFONE: (16) 3236.9010 | TELEFONE: (16) 3993-9100 | TELEFONE: (16) 3721-1702 |
| | | | | CONTATO: Jessica | CONTATO: Maurilio | CONTATO: Junior | CONTATO: Selma |
| | | | | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| 1- | amox+ac clavul. 500+125 mg comp. cl 21 cp | cx | 3 | 19.95 | 22.75 | 23.73 | — |
| 2. | Cateter 24 simples-int. cl100 | cx | 6 | 77.05 | — | — | 89.00 |
| 3- | hidroclorotiazida 25mg comp cl 30 | cx | 5 | 1.20 | — | — | 1.35 |
| 4- | Sonda 5.0 cl BL endot. desc. | un | 10 | 2.90 | — | — | — |
| | | | | | | | |
| | | | | Almebrás | | | |
| | | | | (16) 3519.3170 | | | |
| | | | | Guilherme | | | |
| 2- | Cateter 24 simples-int. cl100 | cx | 6 | 97.00 | | | |
| | | | | | | | |

obs: o item nº 3 e 4 não foram cotados por estar em falta nas distribuidoras: Almaster (54) 3523.2600, CM Hosp. (11) 3449-1950, Medicamental (16) 3505-4900, Cirúrgica Rib. Preto (16) 3963-2829, HDL Regist. Hosp. (34) 3224 5300, Sulmedic (47) 3473-8845,

G333011421396410029
01/12/2025 14:59:19

## Pagar com código de barras (versão antiga)

01/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:59:19
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090081175408067660085430001612830000055715
BENEFICIARIO:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
NOME FANTASIA:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
BENEFICIARIO FINAL:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.105 |
| DATA DE VENCIMENTO | 02/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 01/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 557,15 |
| VALOR COBRADO | 557,15 |

NR.AUTENTICACAO 4.B29.E29.B50.04A.AC8

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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Lumar Comercio de Produtos Farmaceuticos Ltda**
Av. Wilson Bego, 745
Distrito Industrial - CEP: 14406-091
Franca - SP Fone: (16) 3721-1102

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
**Nº.: 000.278.827**
**Série: 0**
**Folha 1/1**

CHAVE DE ACESSO
**3525 1149 2286 9500 0152 5500 0000 2788 2711 0387 4434**

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
**135253334878514 - 04/11/2025 14:06:20**

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| 310049440111 | | 49.228.695/0001-52 |

DESTINATÁRIO / REMETENTE

| RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DE EMISSÃO |
|---|---|---|
| Irmandade da Santa Casa de Misericordia de Ipua | 45.708.765/0001-19 | 04/11/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA ENTRADA / SAÍDA |
|---|---|---|---|
| Rua Fernando Fratin, 335, 0000 | Centro | 14610-000 | 04/11/2025 |

| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA / SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| Ipua | (16) 3832-1222 | SP | | 00:00:00 |

FATURA / DUPLICATA

Número 001
Vencimento: 02/12/2025
Valor: R$ 825,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLC. DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | VALOR DO FCP | VALOR DO PIS | V. TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 360,00 | 56,16 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | 7,67 | 825,00 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR IPI | V. ICMS UF DEST. | V. TOT. TRIB. | VALOR DO COFINS | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | 35,34 | 825,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| RAZÃO SOCIAL | FRETE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| TRANSRIBEIRO | 0-Por conta Remetente | | | | 06.209.025/0001-86 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| RUA HILARIO PESSARELLO, 108 | CRAVINHOS | SP | 279048406119 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Caixas | | | 14,000 | 0,000 |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANTI. | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | B CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 056010 | CASEX ALLY GELHIDROGEL C/ALGINATO BS.85G<br>Lote038HG025B - Qtde30 - Venc31/08/2028 vPMC=15,50% CEST:1301100 | 30059090 | 060 | 5.405 | BIS | 30,00 | 15,50 | 465,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 063624 | DERMABENAC.GRAXOS+GIRASSOL200ML<br>Lote017361 - Qtde48 - Venc30/04/2027 | 15121911 | 000 | 5.102 | FR | 48,00 | 4,50 | 216,00 | 216,00 | 38,88 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 065266 | CEFALEXINA 500MG 10CPGUNIAO QUIMICA<br>Lote2449003 - Qtde20 - Venc31/12/2026 vPMC=7,20% | 30049049 | 000 | 5.102 | CX | 20,00 | 7,20 | 144,00 | 144,00 | 17,28 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |

conta: 230.2025-3

Ordem 540

Recebi e conferi os Mater ai
05 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo..sável Recebimento

ATENÇÃO
SAC
RECLAMAÇÕES e/ou DEVOLUÇÕES
Serão aceitas se efetuadas em até 48 horas após entrega.

código: 5472

medicamentos

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: Nr. Pedido 646803 - Lista Positiva 144,00 Lista Negativa 216,00 Lista Neutra 465,00 Televendas SELMA DOS SANTOS CINTRA - Conferente Marcia Cristina Gomes - End. Conf. A Local Entrega Rua Fernando Fratin, 335 Bairro Centro CEP 14610-000 Hor 0800 as 1800 DEPOSITO BANCO DO BRASIL - CONTA AG. 6520-X C/C. 104069-3 TERMO DE FOMENTO N 02/2025 Email do Destinatário: MARCIO.SOFTLOG@GMAIL.COM

RESERVADO AO FISCO

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 04 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | Dumar | Dimebrás | HDL Leg. Hospit. | Medicamental |
| | TELEFONE (16) 3724.1102 | TELEFONE (16) 3519.3410 | TELEFONE (34) 3221.5800 | TELEFONE (16) 3505.4900 |
| | CONTATO: Selma | CONTATO: Guilherme | CONTATO: Sandra | CONTATO: Renata |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | Carex ally Gel hidrogel cl alginato BS 85 G | BIS | 30 | 15.50 | 33.00 | 16.90 | — |
| 2- | Dermaben ac. graxos + guias sol. 200 ml | FR | 48 | 4.50 | — | 5.72 | 5.19 |
| 3- | cefalexina 500 mg 10 cp | cx | 20 | 7.20 | — | — | — |
| | | | | | | | |

obs: o item nº 3 não tem as cotações realizadas por estar em falta nas distribuidoras: Precision (16) 3236.9010, Dimastir (54) 3523.2600, Med Center (35) 3449.1950, Suvmed (14) 2106.2011, C.M. Hosp. (16) 2101.9400, Sulmedic (47) 3473.8845, Oliva (16) 3993.9100

G333011421396410032
01/12/2025 15:02:28

## Entre contas correntes BB

**Debitado**

| | |
|---|---|
| Nome | IRMANDADE S C M IPUA |
| Agência | 3156-9 |
| Conta corrente | 2302025-3 |

**Creditado**

| | |
|---|---|
| Nome | LUMAR COM PROD FARM |
| Agência | 6520-X |
| Conta corrente | 104069-3 |
| Valor | 825,00 |
| Data | Nesta data |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**HDL LOGISTICA HOSPITALAR**
R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 -
Galp. 2961 / 2971
Bairro JARDIM
INDEPENDENCIA, CRAVINHOS, SP
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

LOGISTICA HOSPITALAR

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
[1]

Nº 132.329
SÉRIE 1 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3525 1111 8726 5600 0200 5500 1000 1323 2916 2242 2901

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135253335838929 04/11/2025 15:05:40
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 279054104117
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA
CNPJ: 11.872.656/0002-00
ENDEREÇO: R FERDINANDO FRATIN Nº 335 5599
CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19
DATA DA EMISSÃO: 04/11/2025
BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
MUNICÍPIO: IPUA
CEP: 14.610-000
FONE/FAX:
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL:

**FATURA/DUPLICATA**

28 | BOL=001 Venc=02/12/2025 Valor=619,60

**PVN**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 619,60 | 111,53 | 0,00 | 0,00 | 619,60 |

| 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 | 619,60 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL: PVN TRANSPORTES E SERVIÇOS LTDA
FRETE POR CONTA: C - Emitente
CÓDIGO ANTT:
PLACA DO VEÍCULO:
UF:
CNPJ/CPF: 12.270.745/0004-00
ENDEREÇO: Rod ADAUTO CAMPO DALL OITO Nº 3200
MUNICÍPIO: SUMARE
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 671495690114
QUANTIDADE: 1,00
ESPÉCIE:
MARCA:
NÚMERO:
PEDIDO: 2971394
PESO BRUTO: 7,1400 Kg
PESO LÍQUIDO:

**DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS**

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. DESCONTO | V. DESP. | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | BC ICMS ST | V. ICMS ST | V. IPI | AL. ICMS | AL. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2102 | CAMPO OPERATORIO (45x50CM) 350 5/60 N/ESTERIL S/PTO RX ESTRELA \| 21045.. \| 0080245210174 \| CREMER - Lote: 453502444J D.Fab: 08/10/24 D.Val: 24/10/29 \| 0,0000 \| Referencia:210453 \| EAN:7891800213287 | 30059090 | 500 | 5102 | UN | 4 | 154,50000 | 0,00 | 0,00 | 619,60 | 619,60 | 111,53 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

Recebi e conferi os Mater ai
05/ 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo. sável Recebimento

código: 5491 material

conta: 230.2025-3

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
TERMO DE FOMENTO N. 02/2025 | () || () () () ()

RESERVADO AO FISCO
Cotação 556

HDL LOGISTICA HOSPITALAR
R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 -
Galp. 2961 / 2971
Bairro JARDIM
INDEPENDENCIA, CRAVINHOS, SP
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº 132.329
SÉRIE 1 FOLHA 2/1

CHAVE DE ACESSO
3525 1111 8726 5600 0200 5500 1000 1323 2916 2242 2901
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135253335838929 04/11/2025 15:05:40
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 279054104117
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:
CNPJ: 11.872.656/0002-00

# Política de Devolução

É imprescindível a conferência da mercadoria no ato da entrega, pois caso aja alguma ocorrência ou irregularidade elas devem estar descritas no documento da transportadora.

-Verifique se o Número de Volumes corresponde ao número de volumes descrito na nota fiscal;

-Verifique se as Etiquetas de Despacho nos produtos correspondem à nota fiscal recebida;

-Verifique se a Embalagem Externa está intacta, inviolada, seca e sem qualquer tipo de dano aparente;

-Para Produto Termolábil(2 A 8°c) abra a caixa e verifique a temperatura.

**NÃO ACEITAREMOS DEVOLUÇÕES DE PRODUTOS APÓS 03 (TRÊS) DIAS DA DATA DE SEU RECEBIMENTO PELO CLIENTE. CASO O CLIENTE RECEBA PRODUTO TERMOLÁBIL COM ALGUMA OCORRÊNCIA/IRREGULARIDADE, DEVERÁ SER DEVOLVIDO NO ATO DA ENTREGA, UMA VEZ QUE A HDL NÃO RECEBERÁ TAIS PRODUTOS APÓS A ENTREGA EFETIVAMENTE REALIZADA.**

# Motivo da Devolução

[ ] FATURAMENTO INCORRETO (VENDEDOR);

[ ] SOLICITAÇÃO INCORRETA (CLIENTE);

[ ] MERCADORIA AVARIADA/VIOLADA;

[ ] VALIDADE CURTA;

[ ] ENTREGA FORA DO PRAZO NEGOCIADO;

[ ] OUTRO: _____

_____

_____

Data recebimento da mercadoria: ____/____/____

Assinatura do recebedor: _____

RG do recebedor: _____

**BANCO ITAU S/A** | 341-7 | 34191.09008 48845.848927 82179.030000 4 12830000061960

**RECIBO DO PAGADOR**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA. | | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0002-00 | Sacador Avalista | Vencimento:<br>02/12/2025 |
| Endereço Beneficiário/Sacador Avalista<br>R MANOEL GOMES DOS SANTOS,2951 GalJARDIM INDEPENDENCIA CRAVINHOS - SP 14.140-000 | | | | |

| Nosso Número | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | Agência/Código Beneficiário |
|---|---|---|---|---|---|
| 109/00488458-4 | 109 | DM | | | 8928/21790-3 |

| Data do Documento | Número do Documento | Espécie do Documento | Aceite | Data Processamento | Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| 04/11/2025 | 132329 - 1 | | N | 04/11/2025 | 619,60 |

Autenticação Mecânica

---

**BANCO ITAU S/A** | 341-7 | 34191.09008 48845.848927 82179.030000 4 12830000061960

| | |
|---|---|
| Local do Pagamento:<br>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ<br>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ | Vencimento:<br>02/12/2025 |
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA. — CNPJ/CPF 11.872.656/0002-00 | Agência/Código Beneficiário<br>8928/21790-3 |

| Data do Documento | Número do Documento | Esp.Doc. | Aceite | Data Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 04/11/2025 | 132329 - 1 | DM | N | 04/11/2025 | 109/00488458-4 |

| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 109 | R$ | | | 619,60 |

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

APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 12,39
APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R$ 1,24 POR DIA DE ATRASO.

PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO
DEPOSITO C/C,SE NAO AUTORIZADO, NAO QUITA O DEBITO.

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

Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA
R FERDINANDO FRATIN,335
310-000-IPUA -SP
Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 04 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|
| HDL Logist. Hospit. | CM Hospitalar | | |
| TELEFONE: (34) 3221-5300 | TELEFONE (11) 3572-3529 | TELEFONE: | TELEFONE: |
| CONTATO: Sandra | CONTATO: Vivian | CONTATO: | CONTATO: |

| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| compressa operatória (45x50) | un | 4 | 154.90 | 160.41 | | |
| n/estéril 35 G c/ 50 | | | | | | |
| | | | | | | |
| obs: o material acima não tem as cotações necessárias por estar em falta nas distribuidoras: | | | | | | |
| Dimehaus (16) 3519-3170, Dumar (16) 3721-1102, Dumaster (54) 3523-2600, Medlenter (35) 3449-1950, Medicamental (16) 3505-4900, Cirúrgica Rib. Preto (16) 3963-2829, Sulmedic (47) 3473-8845, Citria (16) 3993-9100 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

G333011421396410034
01/12/2025 15:03:35

## Pagar com código de barras (versão antiga)

01/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 15:03:36
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090084884584892782179030000412830000061960
BENEFICIARIO:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 11.872.656/0001-10
BENEFICIARIO FINAL:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 11.872.656/0001-10
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.106 |
| DATA DE VENCIMENTO | 02/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 01/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 619,60 |
| VALOR COBRADO | 619,60 |

NR.AUTENTICACAO F.F98.253.028.CC9.870

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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
RUA PAULO DE FRONTIM Nº, 025
VILA VIRGINIA - 14030-430
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635193170

# DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.161.711**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1156 0814 8200 0106 5500 1000 1617 1110 0345 0440**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **135253351032607 - 05/11/2025 14:13:19** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **582196195118** | | **56.081.482/0001-06** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **05/11/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 05/12/2025 |
| Valor | R$ 948,00 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 553,06 | 66,37 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 948,00 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO | TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 948,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| **MOVIMENTE EXPRESS** | **0-Remetente** | | | | **34.922.709/0002-47** |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **VIA ANHANGÜERA,320** | **RIBEIRÃO PRETO** | **SP** | **797530195111** |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Volumes | | | 119,000 | |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | Ab IQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6969 | RINGER C/ LACTATO 500ML BOLSA PVC/JP S+ Lote: 370325 Qt: 200 Val: 15/10/27 | 30049099 | 020 | 5102 | BO | 200 | 4,7400 | 948,00 | 553,06 | 66,37 | | | 12,00 | |

conta: 230.2025-3

Recebi e conferi os Mater ai
06 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

código: 5493 medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
Inf. Contribuinte:
COT WPP
MOV. 345044
s-7
Vendedor: 11-TELEVENDAS Id Mov: 345044
BANCO ITAU - AG.0865 C/C. 99799-3
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 127,51 Estadual: R$ 113,76 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) PIS E COFINS,ALIQ ZERO LEI 10.147/00 - MONOFÁSICO
RED. BASE DE CALCULO ICMS - CONF DECRETO 58.895 DE 21.03.2013

**RESERVADO AO FISCO**
Cotação 552

*IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE*

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25, SN
VILA VIRGINIA - 14030-430
RIBEIRAO PRETO - SP (16) 3519-3170

# Representação Gráfica de CC-e
*(Carta de Correção Eletrônica)*

ID do Evento: 110110352511560814820001065500100016171110034504400 1
Criado em : 06/11/2025 16:12:26
Prococolo: 135253369003223 - Registrado em: 06/11/2025 16:12:26

De acordo com as determinações legais vigentes, vimos por meio desta comunicar-lhe que a Nota Fiscal, abaixo referenciada, contém irregularidades que estão destacadas e suas respectivas correções, solicitamos que sejam aplicadas essas correções ao executar seus lançamentos fiscais.

**CNPJ do Destinatário: 45.708.765/0001-19**

**Nota Fiscal: 000.161.711 - Série: 001**

3525 1156 0814 8200 0106 5500 1000 1617 1110 0345 0440

*A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.*

**CORREÇÕES A SEREM CONSIDERADAS**

**DADOS ADICIONAIS: TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025**

*Este documento é uma representação gráfica da CC-e e foi impresso apenas para sua informação e não possui validade fiscal.*
*A CC-e deve ser recebida e mantida em arquivo eletrônico XML e pode ser consultada através dos Portais das SEFAZ.*

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25

Cep:14030-430 – RIBEIRAO PRETO – SP

Fone:(16)3519-3170

Fone: 56.081.482/0001-06

Banco Itaú S.A.

**RECIBO DO PAGADOR**

| Beneficiário: | Agência/Cod.Beneficiário | Data do Documento | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA** | **0865/99799-3** | **05/11/2025** | **05/12/2025** |
| Pagador:<br>IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229)<br>RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO<br>14610-000 - IPUA-SP | Número Documento:<br>161711-01 | Nosso Número:<br>00045655 | Valor do Documento:<br>**948,00** |

**Autenticação Mecânica**

Banco Itaú S.A. | **341-0** | **34191.09008 04565.500867 59979.930001 1 12860000094800**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento:<br>**PAGAVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGENCIA ITAÚ** | | | | | Vencimento<br>**05/12/2025** |
| Beneficiário<br>**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 56.081.482/0001-06** | | | | | Agência/Cód.Beneficiário<br>**0865/99799-3** |
| Endereço<br>**RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25 - 14030-430-RIBEIRAO PRETO-SP** | | | | | |
| Data do documento:<br>**05/11/2025** | No. do documento<br>**161711-01** | Espécie doc.<br>**DM** | Aceite<br>**N** | Data Processamento<br>**05/11/2025** | Cart./Nosso Número<br>**109/00045655-0** |
| Uso do Banco | Carteira<br>**109** | Espécie Moeda<br>**R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento<br>**948,00** |
| **Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)**<br><br>PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 3,16 AO DIA | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |

IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229)
RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUA-SP
45.708.765/0001-19

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)

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

| Data | Entregador | | |
|---|---|---|---|
| Recebi(emos) o bloqueto | Data | Assinatura | |

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 05 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Dimebras | Dimar | Dimaster | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (16) 3519.3170 | TELEFONE: (16) 3721-1102 | TELEFONE: (54) 3523.2600 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Guilherme | CONTATO: Silma | CONTATO: Paulo | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| ringer c/ lactato 500ml | BO | 200 | 4.74 | 6.20 | 5.00 | |
| bolsa PVC | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

G333011421396410035
01/12/2025 15:05:51

## Pagar com código de barras (versão antiga)

01/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 15:05:52
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

---

34191090080456550086759979930001112860000094800
BENEFICIARIO:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
NOME FANTASIA:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
PAGADOR:
IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORD
CNPJ: 45.708.765/0001-19

---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.107 |
| DATA DE VENCIMENTO | 05/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 01/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 948,00 |
| VALOR COBRADO | 948,00 |

==========

NR.AUTENTICACAO C.8CD.C8B.7E5.B3C.4B4

==========

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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

# CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICO S LTDA
RODOVIA MONSENHOR CLODOALDO DE PAIVA, S/N
LOTEAMENTO NACOES UNIDAS - ITAPIRA, SP
CEP 13974-908
FONE 19 38639500 - FAX

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

N°: 000834286 | 1

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA

SÉRIE: 10 FOLHA: 1/1

40

CHAVE DE ACESSO
35.2511.44.734.671/0022-86-55-010-000.834.286-126.892.273-5

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
135253393031517 08/11/2025 11:37:30

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda merc.adq.receb.de terceiros

NOSSO PEDIDO: 547914 REMESSA: 0081007639

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | CNPJ |
|---|---|---|
| 374076430117 | | 44.734.671/0022-86 |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | | | CNPJ/CPF | DATA DE EMISSÃO |
|---|---|---|---|---|
| IRM DA S CASA DE MIS DE IPUA ( 1000000616 ) | | | 45.708.765/0001-19 | 08.11.2025 |
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | | CEP | DATA ENTRADA/SAÍDA |
| R FERNANDINO FRATIN ,335 | CENTRO | | 14610-000 | |
| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA/SAÍDA |
| IPUÃ | 0151638321222 | SP | ISENTO | |

**LOCAL DE ENTREGA**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP |
| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF |

**FATURA/DUPLICATA**

| VENCIMENTO | VALOR | VENCIMENTO | VALOR | VENCIMENTO | VALOR | VENCIMENTO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26.12.2025 | 425,00 | | | | | | |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC ICMS | VALOR ICMS | BASE CÁLC ICMS ST | VALOR ICMS SUBST | VALOR PIS | VALOR TOTAL PROD |
|---|---|---|---|---|---|
| 425,00 | 76,50 | 0,00 | 0,00 | 7,32 | 425,00 |

| VALOR FRETE | VALOR SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP ACESS | VALOR TOTAL IPI | VALOR COFINS | VALOR TOTAL NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 34,50 | 425,00 |

**BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA (0-EMITENTE; 1-DESTINATÁRIO; 2-POR CONTA DE TERCEIRO; 3-POR CONTA DO EMITENTE; 4-POR CONTA DO DESTINATÁRIO; 9-SEM FRETE) | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL | 0 | | | | 23.246.316/0001-63 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| RODOVIA WASHINGTON LUIZ KM 172 | RIO CLARO | SP | 587220280115 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | PESO CUBADO | NÚMERO | PESO BRUTO | PESO LIQUÍDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1,000 | VOLUME | | | 4,800 | 0,600 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CODIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | QTDE. | UN | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | DESC | VALOR LIQUIDO | BASE CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 70000007 | ROCURON 10mg/mL So.inj 25fa.5mL - POS<br>FCI:<br>E3067A22-C595-498E-9FA6-1C980B7D5014<br>Lote Validade Fabricação Quant.<br>50034429 10/27 10/25 2,000 | 3004.90.79 | 500 | 5102 | 2,000 | CX | 212,50000 | 425,00 | 0,00 | 425,00 | 425,00 | 76,50 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

Recebi e conferi os Mater ai
12 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo .savel Recebimento

ATENÇÃO
ESTE PRODUTO DEVE SER ARMAZENADO SOB REFRIGERAÇÃO
NÃO CONGELAR

medicamento

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
Faturamento: 90720416 - Remessa: 81007639 - Ordem: 547914 - Referência Cliente: pedido direto
BOLETO DISPONIVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.:
BancoSantander (033)-AG: 2162 - C/C 13000027-0 CNPJ:
44.734.671/0004-02.Se preferir, solicitar o boleto pelo
e-mail:cobranca.boleto@cristalia.com.br
pedido direto|1108520|6539828E pedido direto- TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025
Representante JV4 Responsável Técnico CRM 45026 SP

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO**
Trib.Conf. Decreto 45.490/00 - RICMS/SP Trib. Aliq Zero Conf. Decreto 7.212/10 Lei 10.147/2001 Lista Positiva· R$ 348,50

Edenos 551

**RESERVADO AO FISCO**

5538

Santander | **033-7** | 03399.05150 69400.000001 38572.601011 6 12870000042500

**RECIBO DO PAGADOR**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO. | | | | | Vencimento: 06/12/2025 |
| Beneficiário: CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA 44.734.671/0001-51<br>RODOVIA ITAPIRA LINDOIA KM 14 FAZENDA ESTANCIA CRISTALIA ITAPIRA SP BR | | | | | Agência/Código Cedente: 2162/0515694 |
| Data do Documento: 10.11.2025 | Nº do Documento: 000834286-10001 | Espécie DOC: DM | Aceite: N | Data do Processamento: 10.11.2025 | Nosso Número: 0000000385726 |
| Uso do banco | Carteira: 101 | Espécie: R$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento: 425,00 |
| Instruções<br>**APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R$ 0,57 AO DIA**<br>**SUJEITO A PROTESTOS SE NÃO FOR PAGO NO VENCIMENTO**<br>**DEVOLVER EM 04.02.2026** | | | | | (-) Desconto<br>(-) Outras Deduções/Abatimentos<br>(+) Mora/Multa/Juros |
| Pagador: IRM DA S CASA DE MIS DE IPUA CNPJ: 45708765000119<br>R FERNANDINO FRATIN 335, IPUÃ-SP<br>CEP 14610-000 | | | | | (+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado |

Autenticação Mecânica

---

Santander | **033-7** | 03399.05150 69400.000001 38572.601011 6 12870000042500

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO. | | | | | Vencimento: 06/12/2025 |
| Beneficiário: CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA 44.734.671/0001-51<br>RODOVIA ITAPIRA LINDOIA KM 14 FAZENDA ESTANCIA CRISTALIA ITAPIRA SP BR | | | | | Agência/Código Cedente: 2162/0515694 |
| Data do Documento: 10.11.2025 | Nº do Documento: 000834286-10001 | Espécie DOC: DM | Aceite: N | Data do Processamento: 10.11.2025 | Nosso Número: 0000000385726 |
| Uso do banco | Carteira: 101 | Espécie: R$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento: 425,00 |
| Instruções<br>**APÓS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R$ 0,57 AO DIA**<br>**SUJEITO A PROTESTOS SE NÃO FOR PAGO NO VENCIMENTO**<br>**DEVOLVER EM 04.02.2026** | | | | | (-) Desconto<br>(-) Outras Deduções/Abatimentos<br>(+) Mora/Multa/Juros |
| Pagador: IRM DA S CASA DE MIS DE IPUA CNPJ: 45708765000119<br>R FERNANDINO FRATIN 335, IPUÃ-SP<br>CEP 14610-000<br>Sacador/Avalista | | | | | (+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado: 425,00 |

Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

230 2025

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 08 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Cristália P.A. Farm | HDL Legat. Hospit | Suinmed | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (19) 3863.9500 | TELEFONE (31) 3221.5300 | TELEFONE (14) 2106 2011 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Mylam | CONTATO: Sandra | CONTATO: Ricardo | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| Rocuron 10mg/ml sol. inj. | cx | 2 | 212.50 | 278.00 | 331.66 | |
| 25 fa 5 ml | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Pagar com código de barras (versão antiga)

G331081434998715021
08/12/2025 14:57:08

08/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:57:09
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
---
03399051506940000000138572601011612870000042500
BENEFICIARIO:
CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
NOME FANTASIA:
CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACE
CNPJ: 44.734.671/0004-02
BENEFICIARIO FINAL:
CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACE
CNPJ: 44.734.671/0004-02
PAGADOR:
IRM DA S CASA DE MIS DE IPUA
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---
NR. DOCUMENTO 120.805
DATA DE VENCIMENTO 06/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 08/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 425,00
VALOR COBRADO 425,00
==========
NR.AUTENTICACAO E.25B.3C9.1A9.7A9.1E8
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

viafra

**Identificação do emiten**
**CM HOSPITALAR S.A**
AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500
Complemento: GALPAO G300 BL 6a9/15a18
EMPRESARIAL PAINEIRA - JORDANESIA CEP:07775-240
CAJAMAR/SP
Fone: 551144087296

# DANF
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000365828
SÉRIE 1
FOLHA 01/02

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**
3525 1112 4201 6400 0580 5500 1000 3658 2811 1698 6388

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

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**
135253492643189 14/11/2025 17:02:17-03:00

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
1035584119

**INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.**

**CNPJ**
12.420.164/0005-80

**REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL: IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA (002932-0001) | CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19 | DT. EMISS. 14/11/2025
ENDEREÇO: R.FERDINANDO FRATIN,335 | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | CEP: 14610-000 | DATA ENTRADA/SAÍDA: 14/11/2025
MUNICIPIO: IPUA | FONE/FAX: 01638321222 | UF: SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL: | HORA ENTRADA/SAÍDA:

**ENTREGA**

NOME: IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA | CNPJ/CPF: | INSCRIÇÃO ESTADUAL:
ENDEREÇO: R.FERDINANDO FRATIN,335 | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | CEP: 14610-000
MUNICIPIO: IPUA | UF: SP | FONE/FAX: 01638321222 | OBS/ENTREGA: TERMO DE FOMENTO 02 2025

**IMPOSTO**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001<br>11/12/2025<br>2.105,77 | | | | | | | | |

| BASE DE CALCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CALCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 2.105,77 | 379,04 | 0,00 | 0,00 | 2.105,77 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.105,77 |

**TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| DFLOG - TRANSPORTES DE CARGAS LTDA | 0-EMITENTE | | | | 12.506.375/0001-07 |

| ENDEREÇO | MUNICIPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| ADE CONJUNTO 27, LOTES 28 E 29 | BRASILIA | DF | |

| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DIVERSOS | | | 4,6460 | 4,6460 |

**DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS**

| COD. PROD | DESCR PROD | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | V.UNITARIO | VLR TOTAL | BC.ICMS | BC.ICMS ST | VLR ICMS | VLR ICMS ST | %ICMS | ALIQ.IPI | Q. LOTE | LOTE PROD. | D.VALID. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 707709 | INDICADOR QUIMT P2 PCT BOWIE DIC K CHEMDYE FL ALE RT BD125(I) - TE RRAGENE | 38229000 | 200 | 5102 | CX | 1,0000 | 321,000000 | 321,00 | 321,00 | 0,00 | 57,78 | 0,00 | 18.00% | 0.00% | 1 | B40387 | 31/07/2029 |
| 707712 | PACOTE DESAFIO V APOR IND BIOL 3H INT QUIMTP5 CX 25 KPCD220-C - T ERRAGENE | 38210000 | 100 | 5102 | KT | 1,0000 | 1.784,770000 | 1.784,77 | 1.784,77 | 0,00 | 321,26 | 0,00 | 18.00% | 0.00% | 1 | F40158 | 30/09/2026 |

material

**ISSQN**

| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---|---|---|---|
| 12020 | | | |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
MD-5:94DBB831B0F3C67A412EAC4010EC561F
TERMO DE FOMENTO 02 2025
Nosso Pedido: 360930
EM CARTEIRA
Atencao: Os pagamentos devem ser feitos somente quando orientados pelos canais oficiais do Grupo Viveo. Nao realizamos cobrancas via chave PIX. Em caso de duvida, contate nosso setor financeiro pelo e-mail

Recebi e conferi os Mater ai
17 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo. sável Recebimento

**Pedido: 360930**
**Rep.: 012227**

**RESERVADO AO FISCO**

5602

NF-e
Nº 000365828
SÉRIE 1
EMPRESA 001006
0000008033709

TICKET

RECEBEMOS DE CM HOSPITALAR S.A. OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IRM. DA STA CASA DE MS. DE IPUA (002932-0001)

Mafra

**Identificação do emitente**

**CM HOSPITALAR S.A**
AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500
Complemento: GALPAO G300 BL 6a9/15a18
EMPRESARIAL PAINEIRA - JORDANESIA CEP:07775-240
CAJAMAR/SP
Fone: 551144087296

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA
1

N. 000365828
SÉRIE 1
FOLHA 02/02

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**
3525 1112 4201 6400 0580 5500 1000 3658 2811 1698 6388

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

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**
135253492643189 14/11/2025 17:02:17-03:00

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
241035584119

**INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.**

**CNPJ**
12.420.164/0005-80

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
cobranca@viveo.com.br.

**RESERVADO AO FISCO**

powered by TOTVS

**Bradesco** | 237-2 | Comprovante de Entrega

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>CM HOSPITALAR S.A. CNPJ: 12.420.164/0005-80 | Agência/Cód. Beneficiário<br>3376-6/00002856-8 | Nro.Documento<br>000365828 | ( ) Mudou-se<br>( ) Ausente<br>( ) Não existe nº indicado<br>( ) Recusado<br>( ) Não procurado<br>( ) Endereço insuficiente<br>( ) Desconhecido<br>( ) Falecido<br>( ) Outros (anotar no verso) |
| Pagador<br>IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA | Vencimento<br>**11/12/2025** | Valor do Documento<br>**2.105,77** | |
| Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima. | Data | Assinatura | |
| | Data | Entregador | |

Recibo do Pagador

**Bradesco** | 237-2

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | | Vencimento<br>**11/12/2025** |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0005-80<br>AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500 - CAJAMAR - SP 07775-240 | | | | | Agência/Código Beneficiário<br>3376-6/00002856-8 |
| Data do Documento<br>14/11/2025 | Nro.Documento<br>000365828 | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>27/11/2025 | Nosso Número<br>02/00000590022-8 |
| Uso do Banco | Carteira<br>02 | Espécie<br>R$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento<br>**2.105,77** |

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 0,69 POR DIA DE ATRASO. PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(S) DEBITOS(S).
reditos cedidos a Pentagono S.A. Distribuidora de Titulos e Valores Mobiliarios, nos termos
e condicoes do "Instrumento Particular de Cessao Fiduciaria de Recebiveis e Outras Avencas"

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

Pagador
IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA
R.FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
IPUA - SP - 14610000

Código Interno: 002932-0001
CNPJ: 45.708.765/0001-19

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

**Bradesco** | 237-2 | **23793.37609 20000.059004 22000.285605 2 12920000210577**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>gável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | | Vencimento<br>**11/12/2025** |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0005-80<br>AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500 - CAJAMAR - SP 07775-240 | | | | | Agência/Código do Beneficiário<br>3376-6/00002856-8 |
| Data do Documento<br>14/11/2025 | Nro.Documento<br>000365828 | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>27/11/2025 | Nosso Número<br>02/00000590022-8 |
| Uso do Banco | Carteira<br>02 | Espécie<br>R$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento<br>**2.105,77** |

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 0,69 POR DIA DE ATRASO. PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(S) DEBITOS(S).
Creditos cedidos a Pentagono S.A. Distribuidora de Titulos e Valores Mobiliarios, nos termos
e condicoes do "Instrumento Particular de Cessao Fiduciaria de Recebiveis e Outras Avencas"

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

Pagador
IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA
R.FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
IPUA - SP - 14610000

Código Interno: 002932-0001
CNPJ: 45.708.765/0001-19

**Ficha de Compensação**

MAFRA

230 2025

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

MAFRA®
HOSPITALAR

# CONTRATO DE COMODATO E OUTRAS AVENÇAS

Ausente neste ato qualquer causa de nulidade ou anulabilidade do negócio jurídico, as partes abaixo assinadas e a seguir identificadas optam por celebrar o presente *Contrato de Comodato e Outras Avenças* que se regerá de acordo com as cláusulas e condições:

De um lado, **CM HOSPITALAR S.A.**, sociedade anônima fechada, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o número 12.420.164/0001-57, Inscrição Estadual 582.557.602.11-3, com sede na Rua Avenida Luiz Maggioni, 2.727, Distrito Empresarial, CEP 14.072-055, Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA;**

De outro lado, **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ,** associação privada, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o número 45.708.765/0001-19, estabelecida na Ferdinando Fratin, 335, Centro, CEP 14.610-000, Município de Ipuã, Estado de São Paulo, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**;

## CLÁUSULA 1ª – OBJETO

1. Através do presente instrumento a **CONTRATADA** se obriga a transferir à **CONTRATANTE**, mediante contraprestação, o seguinte equipamento de sua propriedade, cujo valor perfaz o montante de [redacted].

- **1 (UMA) INCUBADORA LEITORA ATTEST 390.**

## CLÁUSULA 2ª – PRAZO

2. O presente instrumento vigorará pelo período de 2 (dois) anos a partir da data constante da nota fiscal de remessa a ser emitida pela **CONTRATADA**, referida abaixo no item 3.2, podendo ser prorrogado mediante assinatura de novo acordo.

## CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DO BEM

3.1. A **CONTRATADA** disponibilizará o bem à **CONTRATANTE** remetendo ao local indicado por esta última, com todas as suas pertenças e em estado de servir ao uso a que se destina.

3.2. O ato de transferência da posse direta do bem será acompanhado pela emissão da competente nota fiscal de remessa, na qual constarão todas as especificações dos equipamentos transferidos, devendo seu respectivo canhoto ou conhecimento ser assinado pelo competente representante da **CONTRATANTE**. A referida nota fiscal de remessa e o seu respectivo canhoto serão parte integrante, para todos os efeitos legais, do presente contrato.

3.3. A responsabilidade da **CONTRATADA** encerra-se com a transmissão do bem à **CONTRATANTE**, sendo certo que, a partir de então, qualquer responsabilidade em relação ao bem, especialmente, mas sem limitação, quanto ao manejo, estoque, alteração e utilização correrão única e exclusivamente por conta da **CONTRATANTE**.

3.4. Poderão as partes no momento do recebimento do bem transferido, fazer constar, em documento escrito e assinado pelos representantes de ambas as partes, eventuais danos ou avarias identificadas no objeto deste instrumento.

COMERCIAL VISTO GIL

3.5. A **CONTRATANTE** deverá servir-se dos equipamentos com observação estrita do respectivo manual, que seguirá com a entrega do bem e que também ora compõe o presente contrato.

3.6. A **CONTRATANTE** resguardará a **CONTRATADA** de embaraços e turbações de terceiros, que tenham ou pretendam ter direitos sobre o bem, atos de penhora, arresto, seqüestro, arrecadação, ou qualquer outro, comunicando-a prontamente a respeito.

3.7 A manutenção do equipamento objeto do presente contrato, inclusive a troca de peças oriundas do desgaste natural de sua utilização é de total responsabilidade da **CONTRATANTE.**

## CLÁUSULA 4ª – CONTRAPRESTAÇÃO

4.1. A título de contraprestação pela transferência dos equipamentos, a **CONTRATANTE** se compromete a adquirir exclusivamente da **CONTRATADA**, na periodicidade abaixo indicados os seguintes produtos, cujo preço será o praticado no mercado à época da aquisição:

**1)** A cada dois 2 (dois) meses (bimestralmente): PACOTE DESAFIO P VAPOR 3HS(25BIOL+25INTEG) KPCD220-C;

**2)** A cada 6 (seis) meses (semestralmente): INDICADOR QUIMICO P/VAPOR TIPO 5 IT26C CX250;

4.2. Os produtos que forem negociados entre as partes serão faturados mediante emissão de nota fiscal pela **CONTRATADA** em desfavor da **CONTRATANTE**, com vencimento no dia 10, para pagamento em rede bancária através de boletos de cobrança.

4.3. O inadimplemento de qualquer obrigação de pagamento por parte da **CONTRATANTE** implicará o vencimento antecipado de todas as suas obrigações, sujeitando-a a resolução deste contrato, bem como a multa de 10% (dez por cento) sobre o montante devido, juros moratórios na razão mensal de 1% (um por cento), e correção monetária segundo o índice TJSP, além de todas as despesas, custas, taxas e emolumentos necessários para viabilizar o direito da **CONTRATADA** e a devolução imediata do bem objeto da presente minuta.

## CLÁUSULA 5ª DAS DEMAIS PENALIDADES

5.1. O descumprimento contratual pela **CONTRATANTE**, salvo a previsão do item 4.3 da cláusula 4ª, incidirá na multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total da maior operação realizada entre as partes durante a vigência deste instrumento, bem como na devolução imediata do bem objeto deste contrato.

## CLÁUSULA 6ª – RESCISÃO

6.1. Quaisquer das partes poderão dar este contrato por encerrado a qualquer tempo durante o período de vigência ora contratado, sem qualquer ônus, multa ou perdas e danos, desde que manifeste sua intenção por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, lapso durante o qual as partes permanecerão vinculadas ao cumprimento das obrigações até então assumidas.

6.2. Havendo o término do acordo, de forma motivada ou imotivada, a **CONTRATANTE**, a critério da **CONTRATADA**, deverá disponibilizar o bem cedido, no prazo de 48 (horas) após o recebimento de requerimento escrito, elaborado pela **CONTRATADA**, em perfeito estado de conservação e funcionamento.

6.3. O objeto do presente contrato será retirado pela **CONTRATADA** no mesmo local onde o bem foi entregue à **CONTRATANTE** no início de vigência do contrato, momento em que a **CONTRATANTE** deverá emitir a competente nota fiscal ou declaração de devolução, que, registrada com a assinatura do representante da **CONTRATADA**, consubstanciando o final da avença.

VISTO

MAFRA®
HOSPITALAR

6.4. Caso o equipamento não seja devolvido pela **CONTRATANTE** a **CONTRATADA**, ou caso o bem não seja devolvido com todos os seus pertences, ou caso o bem não se encontre em perfeito estado de funcionamento, salvo desgaste natural do uso, a **CONTRATANTE** estará sujeita ao pagamento de multa diária no valor correspondente a última contraprestação adimplida, dividida por 30 (trinta), além da multa de 10% (dez por cento) sobre o montante devido, juros moratórios na razão mensal de 1% (um por cento), e correção monetária segundo o índice TJSP, além de todas as despesas, custas, taxas e emolumentos necessários para viabilizar o direito da **CONTRATADA**, sem prejuízo de demais perdas e danos eventualmente supervenientes.

6.5. A **CONTRATANTE** renuncia ao direito de retenção sobre o equipamento cedido bem como a qualquer indenização decorrente do fim do acordo.

6.6. Na hipótese da **CONTRATADA** optar pela não devolução do bem objeto do presente contrato, em momento oportuno será confeccionado o respectivo termo de doação do bem.

## CLÁUSULA 7ª – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA

7.1. As partes declaram, para todos os efeitos, a total desvinculação e independência de seus negócios, sendo certo que em nenhum momento poderão alegar qualquer vinculação de ordem societária ou administrativa, comprometendo-se, única e exclusivamente, com a relação comercial ora regulada, ou seja, além do fornecimento de produtos ora regulado, não se estabelece, nem se estabelecerá, entre as partes contratantes, por força deste contrato, qualquer forma de sociedade, associação, parceria, consórcio ou responsabilidade solidária.

7.2. Fica, ainda, assegurado à parte prejudicada o direito de regresso contra a outra parte, caso aquela venha a responder, isolada ou conjuntamente, por alguma condenação administrativa, judicial ou extrajudicial, advinda do presente instrumento, cuja responsabilidade tenha sido assumida por esta última.

## CLÁUSULA 8ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. A **CONTRATANTE** declara-se, para os devidos fins, legal e tecnicamente habilitada para o correto manejo e utilização do equipamento cedido, com o preenchimento de todos os requisitos legais para tanto.

8.2. É vedado à **CONTRATANTE** ceder, sublocar ou transferir, de qualquer modo, o bem sem o consentimento escrito da **CONTRATADA**.

8.3. A **CONTRATADA** terá o direito de vistoriar a correta utilização, manutenção e conservação do bem sempre que desejar, desde que agendado previamente, com antecedência mínima de 48h, junto a **CONTRATANTE.**

8.4. A necessidade da realização de outros ajustes que não estejam previstos nesse instrumento, bem como de alterações das condições do pacto, ensejará entendimentos formalizados por escrito, aditando-se o presente.

8.5. O não exercício de qualquer direito pelas partes não poderá ser interpretado como renúncia ao mesmo, não podendo os precedentes ser invocados como novação tácita.

8.6. Aplica-se subsidiariamente ao presente instrumento jurídico as regras constantes da Lei 10.406/02 (Código Civil Brasileiro).

MERC VISTO GIL

MAFRA®
HOSPITALAR

8.7. Fica eleito o foro da Comarca de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, para dirimir eventuais questões relativas ou decorrentes deste acordo, com expressa renúncia de quaisquer outros, por mais privilegiados que o sejam.

E, por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de iguais teor e forma, na presença das testemunhas seguintes que a tudo presenciam.

Ribeirão Preto/SP, 15 de abril de 2019.

Leonardo Almeida Byrro
Diretor Presidente
CPF: 269.275.368-25

**CM HOSPITALAR S.A.**
LEONARDO ALMEIDA BYRRO
CPF: 269.275.368-25

*LÚCIO FLÁVIO BUENO*
*Diretor de Operações*
*CPF 855.987.046-68*

**CM HOSPITALAR S.A.**
LÚCIO FLÁVIO BUENO
CPF: 855.987.046-68

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**
Representante Legal: Santo Olivatto
CPF: 744 653 768-04

Testemunha 1
Nome: Rosimar Maria da Silva
CPF: 622.771.031-87

Testemunha 2
Nome: Kutiyene de O. e Souza
CPF: 383.598.108-43

COMERCIAL VISTO

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 14 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | C.M. Hospitalar | | | |
| | TELEFONE: (11) 3572-3529 | TELEFONE: | TELEFONE: | TELEFONE: |
| | CONTATO: Vivian | CONTATO: | CONTATO: | CONTATO: |

| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- indicador quim. TP2 PCT Bowie Dick - Terragene | cx | 1 | 321.00 | | | |
| 2- Pacote Derafio vapor ind. Biol. 3H Int. quim. | KT | 1 | 1.784.77 | | | |
| | | | | | | |
| obs: os materiais acima não tem as cotações necessárias porque a entidade possui contrato de comodato com a C.M. Hospitalar para a compra dos mesmos. | | | | | | |

G331081434998715019
08/12/2025 14:55:34

## Pagar com código de barras (versão antiga)

08/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:55:34
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO BRADESCO S.A.
---
23793376092000005900422000285605212920000210577
BENEFICIARIO:
CM HOSPITALAR SA
NOME FANTASIA:
CM HOSPITALAR SA
CNPJ: 12.420.164/0001-57
BENEFICIARIO FINAL:
CM HOSPITALAR SA
CNPJ: 12.420.164/0001-57
PAGADOR:
IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.804 |
| DATA DE VENCIMENTO | 11/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 08/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 2.105,77 |
| VALOR COBRADO | 2.105,77 |

==========
NR.AUTENTICACAO 9.F61.0FE.79B.92B.086
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

medicamental

**MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA**
RUA XV DE NOVEMBRO, 450 - GP 02
CENTRO - 27175-000
PIRAÍ - RJ Fone/Fax: 1635054900
www.medicamental.com.br

# DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.132.479**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3325 1131 3782 8800 0409 5500 1000 1324 7911 5562 7439**
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **233250441463294 - 11/11/2025 17:37:42** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **11864252** | **819016879114** | **31.378.288/0004-09** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **11/11/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | **11/11/2025** |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | **18:37:00** |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 11/12/2025 |
| Valor | R$ 990,00 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 990,00 | 118,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 990,00 |
| **VALOR DO FRETE** | **VALOR DO SEGURO** | **DESCONTO** | **OUTRAS DESPESAS** | **VALOR TOTAL IPI** | **VALOR IMPORTAÇÃO** | **TOTAL DA NOTA** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 990,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| **PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA** | **0-Remetente** | | | | **12.270.745/0004-00** |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS,410 GALPAO01 MODULO 02** | **SUMARE** | **SP** | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Volumes | | | 7,800 | 7,800 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 38108 | CEFTRIAXONA 1G PO INJ IV C/100 FA/BLAU/AM G+ Desc: 11% Lote: 24101721 Qt: 3 Val: 30/09/26 FCI:EAAC6B9E-AB47-46DC-A0ED-C4F7B332CF05 | 30042059 | 500 | 6108 | CX | 3 | 330,0000 | 990,00 | 990,00 | 118,80 | | | 12,00 | |

Recebi e conferi os Mater ai
12 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
Inf. Contribuinte:
TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025
PD: 15562504 FICHAS 1/1 1 VOLUME(S)
ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br
AFE: AUTORZ/MS: 1.18507.0
AE: AUTORIZ/MS: 1.18508.3
AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 133,15 Estadual: R$ 217,80 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) Venda para consumo final
Regime Diferenciado de Tributação instituído pelo Decreto 36.450/2004, através do processo SEI-220010/000386/2020 e SEI-040196/000077/2023.
ROTA: CD RIBEIRAO PRETO

**RESERVADO AO FISCO**

*Impresso em 11/11/2025 as 19:49:11*

5554 23 02 2025

| Beneficiário: MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA RUA XV DE NOVEMBRO, 450 GP 02 - 27175-000-PIRAÍ-RJ 31.378.288/0004-09 | Agência/Cod.Beneficiário 3370-7/0006158-1 | Data do Documento 11/11/2025 | Vencimento 11/12/2025 |
|---|---|---|---|
| Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (8780) RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO 14610-000 - IPUA-SP 45.708.765/0001-19 | Número Documento: 132479-01 | Cart./Nosso Número: 17/31367730000337299 | Valor do Documento: 990,00 |

**Autenticação Mecânica**

BANCO DO BRASIL | **001-0** | **00190.00009 03136.773003 00337.299176 1 12920000099000**

| Local de Pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS BANCO DO BRASIL | | | | | Vencimento 11/12/2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| Beneficiário MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA- 31.378.288/0004-09 | | | | | Agência/Cód.Beneficiário 3370-7/0006158-1 |
| Endereço Beneficiário RUA XV DE NOVEMBRO, 450 GP 02 - 27175-000-PIRAÍ-RJ | | | | | |
| Data do documento: 11/11/2025 | No. do documento 132479-01 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data Processamento 11/11/2025 | Nosso Número 31367730000337299-0 |
| Uso do Banco | Carteira 17 | Espécie Moeda R$ | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento 990,00 |

**Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)**

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 4,95 AO DIA
EM CASO DE DUVIDAS LIGUE: (16) 3505-4900
CONHEÇA O NOSSO SITE: WWW.MEDICAMENTAL.COM.BR
ATENÇÃO: DEPÓSITOS EFETUADOS NA CONTA DA EMPRESA SEM PREVIA AUTORIZAÇÃO E SEM IDENTIFICAÇÃO NÃO LIQUIDA A PARCELA.
EM CASO DE COMPRA PARCELADA, O NÃO PAGAMENTO DA PARCELA NA DATA CORRETA, ENSEJARÁ O VENCIMENTO ANTECIPADO DAS DEMAIS.
PROTESTAR APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO.

**Atenção Parcela: 01 de 01**

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

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (8780)
RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUA-SP
45.708.765/0001-19

**Ficha de Compensação**

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 11 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Medicamental | HDL Agost. Hosp | Citra C Hosp. | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (16) 3505.4900 | TELEFONE: (34) 3221 5300 | TELEFONE: (16) 3993.9100 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Renata | CONTATO: Sandra | CONTATO: Junior | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| ceftriaxona 1G pó inj IV c/ 100 FA | cx | 3 | 330.00 | 390.00 | 350.00 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

G331081434998715017
08/12/2025 14:52:15

## Pagar com código de barras (versão antiga)

08/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:52:15
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BANCO DO BRASIL
---
00190000090313677300300337299176112920000099000
BENEFICIARIO:
MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 31.378.288/0001-66
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---
NR. DOCUMENTO 120.801
NOSSO NUMERO 31367730000337299
CONVENIO 03136773
DATA DE VENCIMENTO 11/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 08/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 990,00
VALOR COBRADO 990,00
==========
NR.AUTENTICACAO B.F3B.92E.ADB.5A4.ABA
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**Identificação do emitente**

**SULMEDIC COMERCIO DE MEDI CAMENTOS LTDA**

AV.MARGINAL NORTE DA RODOVIA DOS B, 2400

Complemento: GALPAODEPOSITO 5
DISTRITO INDUSTRIAL Cep:13213-008
JUNDIAI/SP

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. [redacted]
SÉRIE 3
FOLHA 01/02

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**
**3525 1109 9443 7100 0368 5500 3000 0600 6819 6982 8388**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS | 135253442609199 11/11/2025 18:04:25-03:00 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB. | CNPJ/CPF |
|---|---|---|
| 407872052119 | | 09.944.371/0003-68 |

**DESTINATARIO/REMETENTE**

| NOME/RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA DE EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 11/11/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|
| R FERDINANDO FRATIN,335 | CENTRO | 14610-000 | 11/11/2025 |

| MUNICIPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | 01638321222 | SP | | 18:04:00 |

**FATURA**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001<br>11/12/2025<br>1.194,68 | | | | | | | | |

**CALCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CALCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 1.194,68 | 213,77 | 0,00 | 0,00 | 1.194,68 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.194,68 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| P[illegible]TRANSPORTES E SERVICOS LTDA | 0-EMITENTE | | | | 12.270.745/0004-00 |

| ENDEREÇO | MUNICIPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200 GALPAO11 | SUMARE | SP | 671495090114 |

| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | CX | | | 5,888 | 4,931 |

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

| COD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV. | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | V.UNITARIO | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M12151X1 | LORATADINA 10MG - GEN-12 COM-BRAINF ARMA<br>LOTE:B24J2423 - Val:01/10/2026, Fab : 11/10/2024 | 30049069 | 500 | 5102 | CX | 10,0000 | 0,3360 | 3,36 | 3,36 | 0,40 | 0,00 | 12.00% | 0.00% |
| M10634 | ANDROCORTIL 100MG - SUCC.SOD.HIDROC ORTISONA-PO LIO SOL INJ IM/IV-50FA-TEUTO<br>LOTE:2595799 - Val:15/07/2027, Fab: 15/07/2025 | 30043210 | 000 | 5102 | CX | 2,0000 | 124,5000 | 249,00 | 249,00 | 44,82 | 0,00 | 18.00% | 0.00% |
| M12195 | HEPTRIS 60MG/0.6ML - ENOXAPARINA SO DICA-SOL INJ IV/SC-2 SER PREENC+SIS T SEG-MYLAN<br>LOTE:AC07813A - Val:30/09/2026, Fab : 21/10/2024 | 30049099 | 700 | 5102 | CX | 3,0000 | 29.9800 | 89,94 | 89,94 | 16,19 | 0,00 | 18.00% | 0.00% |
| M11844 | PREDNISONA 20MG - GEN-20 COM-BRAINF ARMA<br>LOTE:B24K1880 - Val:23/10/2027Resol ucao do Senado Federal num. 13/12,<br>Numero da FCI E2966083-3A0D-4BE9-99 | 30043999 | 500 | 5102 | CX | 6,0000 | 2,9800 | 17,88 | 17,88 | 2.15 | 0,00 | 12.00% | 0.00% |

12 12 0 medicamentos

**CALCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: qualidade@sulmedic.com
Protocolo: 135253442609199
| Pedido:086374 | TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025 ALIQ 12% EM SP,CFME ITEM 24 DO § 1º,ART 34, LEI 6374/89

Recebi e conferi os Mater ai
12 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

**RESERVADO AO FISCO**

5555

powered by TOTVS

cod: 609

**Identificação do emitente**

**SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**

AV.MARGINAL NORTE DA RODOVIA DOS B, 2400

Complemento: GALPAODEPOSITO 5
DISTRITO INDUSTRIAL Cep:13213-008
JUNDIAI/SP

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

**N. 000060068**
**SÉRIE 3**
**FOLHA 02/02**

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**
**3525 1109 9443 7100 0368 5500 3000 0600 6819 6982 8388**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS | 135253442609199 11/11/2025 18:04:25-03:00 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB. | CNPJ/CPF |
|---|---|---|
| 407872052119 | | 09.944.371/0003-68 |

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

| COD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV. | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | V.UNITARIO | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 03-6B445338C989., Fab: 23/10/2024 | | | | | | | | | | | | |
| M10500 | NORMASTIG 0,5MG/ML - METILSULFA.NEO STIGMINA-IV/IM/SC 50AMP 1ML-UNIAO Q UIMICA LOTE:2534183J - Val:31/08/2027Resol ucao do Senado Federal num. 13/12, Numero da FCI 299AC219-7044-412A-AB 42-C6014B1BC768., Fab: 07/08/2025 | 30049049 | 500 | 5102 | CX | 3,0000 | 48,5000 | 145,50 | 145,50 | 26,19 | 0,00 | 18.00% | 0.00% |
| M11663X1 | DRAMIN B6 DL 3MG/ML+5MG/ML+100MG/ML +100MG/ML - DIMEN+PIRID+GLIC+FRUT-S OL INJ EV-100 AMP 10ML-BRAINFARMA LOTE:B25E2190 - Val:06/06/2027Resol ucao do Senado Federal num. 13/12, Numero da FCI 5FC3CB9E-A931-4AD0-BD C5-1912EBE2A630., Fab: 06/06/2025 | 30045090 | 500 | 5102 | CX | 1,0000 | 689,0000 | 689,00 | 689,00 | 124,02 | 0,00 | 18.00% | 0.00% |

SICOOB

| Beneficiário | | Vencimento | Valor do Documento |
|---|---|---|---|
| SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA | 09.944.371/0001-04 | 11/12/2025 | 1.194,68 |
| SANTOS DUMONT - 1355 | | (+) Outros acréscimos | (+) Mora / Multa |
| SANTO ANTONIO | | | |
| Joinville - SC | 89218-105 | (-) Desconto / Abatimento | (-) Outras deduções |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) | | Data de Emissão | (=) Valor cobrado |
| APOS 5 DIAS VENCTO, PROTESTO E NEG. SPC | | 11/11/2025 | |
| APOS VENCIMENTO MORA/DIA DE: R$ 1.19 | | Coop Contr/Cód. Beneficiário | |
| | | 3039/3845419 | |
| | | Nosso Número | |
| | | 288078 | |

Dados do Pagador

| Nome do pagador | | Número do Documento |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS | | 3 000060068 |
| Endereço | | |
| R FERDINANDO FRATIN,335 | | |
| Bairro / Distrito | | |
| CENTRO | | |
| Município | UF | CEP |
| IPUA | SP | 14610-000 |
| Mensagem Pagador | | |

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque nº ... do banco. Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

---

SICOOB | 756 | 75691.30391 01384.541908 02880.780016 9 12920000119468

| Local de pagamento | | | | | Vencimento |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB | | | | | 11/12/2025 |
| Beneficiário | | | | | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário |
| SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA 09.944.371/0001-04 | | | | | 3039/3845419 |
| Data do documento | N. documento | Espécie | Aceite | Data processamento | Nosso número |
| 11/11/2025 | 3 000060068 | DM | N | 12/11/2025 | 288078 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | Valor documento |
| | 1 | Real | 0,00 | | 1.194,68 |

| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) | |
|---|---|
| APOS 5 DIAS VENCTO, PROTESTO E NEG. SPC | (-) Desconto / Abatimento |
| APOS VENCIMENTO MORA/DIA DE: R$ 1.19 | (-) Outras deduções |
| | (+) Mora / Multa |
| EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB<br>COOPERATIVA CONTRATANTE 3039 SICOOB SÃO MIGUEL SC/PR/RS | |
| Pagador | (+) Outros acréscimos |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS 45.708.765/0001-19<br>R FERDINANDO FRATIN,335<br>CENTRO<br>IPUA - SP 14610-000 | (=) Valor cobrado |
| Beneficiário final 23.02.2025 | |

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 11 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | Sul medic | Altiva C. Hospit | Futura C.P.M. | Medicamental |
| | TELEFONE: (47) 3473-8845 | TELEFONE: (16) 3993-9100 | TELEFONE: (15) 3251-9494 | TELEFONE: (16) 3505-4900 |
| | CONTATO: Bruna | CONTATO: Junior | CONTATO: Leandro | CONTATO: Renata |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | Loratadina 10mg - 12 comp. | cx | 10 | 0.3360 | 0.96 | — | 1.62 |
| 2- | Androcortil 100mg - pó lio. sol inj - im/iv - 50 Fa | cx | 2 | 124.50 | 126.50 | 138.55 | |
| 3- | Heparin 60mg/0,6ml sol. inj. IV/SC - 2 ser. preenc. | cx | 3 | 29.98 | 35.20 | 41.25 | |
| 4- | prednisona 20mg - gen - 20 comp. | cx | 6 | 2.98 | 4.80 | 3.79 | |
| 5- | normastig 0,5mg/ml - 50 amp | cx | 3 | 48.50 | 54.00 | 61.89 | |
| 6- | Dramin Fa 10L sol. inj - EV 100 amp | cx | 1 | 689.00 | 758.00 | 770.97 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

G331081434998715018
08/12/2025 14:54:30

## Pagar com código de barras (versão antiga)

08/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:54:31
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BANCO SICOOB S.A.
---
75691303910138454190802880780016912920000119468
BENEFICIARIO:
SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMEN
NOME FANTASIA:
SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS L
CNPJ: 09.944.371/0001-04
BENEFICIARIO FINAL:
SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS L
CNPJ: 09.944.371/0001-04
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.803 |
| DATA DE VENCIMENTO | 11/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 08/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.194,68 |
| VALOR COBRADO | 1.194,68 |

==========
NR.AUTENTICACAO 7.FC3.4C5.E3F.2B1.468
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

| DATA DE EMISSÃO | DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---|---|---|
| 12/11/2025 | | |

NF-E
Nº 11970344 SÉRIE 7
ROTA: FRIP SETOR: 2823

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 11970344
SÉRIE 7
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3525 1144 4631 5600 0184 5500 7011 9703 4412 6826 4337

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

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda merc.adq.receb.de terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135253466287329 12/11/2025 23:31:43-03:00

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA | CNPJ |
|---|---|---|
| 209017636112 | | 44.463.156/0001-84 |

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA DE EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS ERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 12/11/2025 |

| ENDEREÇO | Nº | BAIRRO | CEP | DATA DE ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| R FERDINANDO FRATIN | 335 | CENTRO | 14610-000 | 12/11/2025 |

| MUNICÍPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | 01638321222 | SP | | |

FATURA/DUPLICATA

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 12/12/2025 | 284,61 | | | | | | |

CÁLCULO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 284,61 | 39,16 | 0,00 | 0,00 | 284,61 |

| VALOR DO FCP | VALOR DO FCP ST | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0.00 | 0.00 | 0,00 | 0,00 | 0.00 | **284,61** |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO / REBOQUE | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| A. R. DE ARAUJO - TRANSPORTES | - Remetent | | | | 10.715.918/0001-70 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| R MARIA CERON VOLPE 2220 | SAO JOSE DO RIO PRETO | SP | 647553429112 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | | 36,122 | 0,542 |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

| CÓD.PROD | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | PMC/PF | NCM/SH | CST | CFOP | UN. | QNTD/LOTE | V.UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BC. ICMS | V. ICMS | VL.ICMS ST | AL.ICMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 386945 | LACRIFILM COLIRIO 10 ML T UNIAO QUIMICA<br>PF:28.08 PMGV: R$18.72 PMPF: R$33.64<br>NEG MON LT:2542862 3UN Val:30.04.2027 | 37,67 | 30049099 | 500 | 5102 | FR | 3 | 27,8200 | 83,46 | 83,46 | 15,02 | | 18,00 |
| 152580 | CINARIZINA 75 MG 30 CP G RANBAXY .<br>PF:16.91 PMGV: R$12.38 PMPF: R$19.34 300<br>POS MON LT:DFG3611A 10UN Val:31.05.2027 | 23,38 | 30049069 | 200 | 5102 | CX | 10 | 13,1100 | 131,10 | 131,10 | 15,73 | | 12,00 |
| 429103 | GABAPENTINA 300 MG 30 CAPS *G BIOLAB C1<br>PF:65.96 PMGV: R$57.66 PMPF: R$37.49<br>POS MON LT:50400816 5UN Val:31.05.2027 | 91,19 | 30049039 | 500 | 5102 | CX | 5 | 14,0100 | 70,05 | 70,05 | 8,41 | | 12,00 |

Recebi e conferi os Materiais
13 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

medicamento

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Setor de Vendas: 2041 Cliente: 0000829501 Rota: FRIP Setor Terceiro: 2823 Vigilancia Sanitaria: 352130907-861-000002-1-3 Nome Fantasia: ERICORDIA DE IPUA OV: 2019311805 Remessa: 3019016315 Faturamento: 4018867830 PEDIDO: OV86971201_0 TERMO DE FOMENTO N 02 2025 Nao Contribuinte Cons Final - Art. 313-A e 313-B - Regime Especial Contribuinte Substituto Tributario conforme Comunicado DEAT 656/2018 publicado DOE SP 22/01/2019 NaoContribuinte - Art. 54 - RICMS/SP, Art. 313-Ae 313-B - Regime EspecialContribuinte Substituto Tributario conforme Comunicado DEAT 656/2018 publicado DOE SP 22/01/2019

RESERVADO AO FISCO

5581

COD 529

**QI TECH** |329-8| **Recibo do Pagador**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer banco até o vencimento. | | | | | | Vencimento<br>12/12/2025 |
| Beneficiário<br>SERVIMED COMERCIAL LTDA | | | CNPJ: 44.463.156/0001-84 | | | Agência / Código do Beneficiário<br>0001/2649548-0 |
| Data do Documento<br>13/11/2025 | Número do Documento<br>011970344a | Tipo Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>13/11/2025 | | Nosso Número<br>09/11500052286-9 |
| Uso do Banco<br>8650 | Cip<br>000 | Carteira<br>09 | Espécie<br>R$ | Quantidade | x Valor | (=) Valor do Documento<br>284,61 |
| Instruções de Responsabilidade do Beneficiário<br><br>APÓS 15/12/2025 COBRAR MULTA DE ....: R$ 5,69<br>APÓS 12/12/2025 + TX. PERM. AO DIA DE: R$ 1,14<br>PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS | | | | | | (-) Desconto / Abatimento<br>(-) Outras Deduções<br>(+) Mora / Multa<br>(+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado |

Pagador ( 829501 ) IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19
R FERDINANDO FRATIN 335 CENTRO
14610-000 IPUA/SP

Pagador/Avalista: SERVIMED COMERCIAL LTDA CNPJ: 44.463.156/0001-84

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

| NOTA FISCAL | VALOR | DATA | NOTA FISCAL | VALOR | DATA | NOTA FISCAL | VALOR | DATA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 011970344-7 | R$284,61 | 12/11/2025 | | | | | | |

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

| DATA EMISSÃO | TP DOC | NFD | NFO | VALOR | DATA EMISSÃO | TP DOC | NFD | NFO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

---

**QI TECH** |329-8| **32990.00103 91150.005220 86264.954800 1 12930000028461**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer banco até o vencimento. | | | | | | Vencimento<br>12/12/2025 |
| Beneficiário<br>SERVIMED COMERCIAL LTDA | | | CNPJ: 44.463.156/0001-84 | | | Agência / Código do Beneficiário<br>0001/2649548-0 |
| Data do Documento<br>13/11/2025 | Número do Documento<br>011970344a | Tipo Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>13/11/2025 | | Nosso Número<br>09/11500052286-9 |
| Uso do Banco<br>8650 | Cip<br>000 | Carteira<br>09 | Espécie<br>R$ | Quantidade | x Valor | (=) Valor do Documento<br>284,61 |
| Instruções de Responsabilidade do Beneficiário<br><br>APÓS 15/12/2025 COBRAR MULTA DE ....: R$ 5,69<br>APÓS 12/12/2025 + TX. PERM. AO DIA DE: R$ 1,14<br>PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS | | | | | | (-) Desconto / Abatimento<br>(-) Outras Deduções<br>(+) Mora / Multa<br>(+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado |

Pagador ( 829501 ) IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19
R FERDINANDO FRATIN 335 CENTRO
14610-000 IPUA/SP

Pagador/Avalista: SERVIMED COMERCIAL LTDA 44.463.156/0001-84

**( 2041 / 0000 / 2823 / FRIP )**
**(007) 011970344**

_____ **Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação**

23.02.2025

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 12 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|
| Sinimed | | | |
| TELEFONE: (14) 2106 2011 | TELEFONE: | TELEFONE: | TELEFONE: |
| CONTATO: Ricardo | CONTATO: | CONTATO: | CONTATO: |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | facifilm colirio 10ml | FR | 3 | 27.82 | | | |
| 2- | cinarizina 75mg 30cp | cx | 10 | 13.11 | | | |
| 3- | gabapentina 300mg 30caps | cx | 5 | 14.01 | | | |
| | | | | | | | |
| | obs: os medicamentos acima não tem as cotações necessarias por estar em falta nas distribuidoras: Med Center (35) 3449-1950, Medicamental (16) 3505-4900, HDL Log. Hospit. (34) 3221-5800, Catia (16) 3993-9100 | | | | | | |

## Pagar com código de barras (versão antiga)

G331081434998715022
08/12/2025 14:58:25

08/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:58:25
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
QI SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO
---
32990001039115000522086264954800112930000028461
BENEFICIARIO:
Servimed Comercial Ltda
NOME FANTASIA:
Servimed Comercial Ltda
CNPJ: 44.463.156/0001-84
BENEFICIARIO FINAL:
SERVIMED COMERCIAL LTDA
CNPJ: 44.463.156/0001-84
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.806 |
| DATA DE VENCIMENTO | 12/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 08/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 284,61 |
| VALOR COBRADO | 284,61 |

==========
NR.AUTENTICACAO 5.8BA.664.D6D.E6E.18F
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP**

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623
MONTE ALEGRE
RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14.051-150
Fone: (16) 3963-2829

58

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
1

**No:** 076.379
**Série:** 1 **FL:** 1 /1

CONTROLE DO FISCO

| | |
|---|---|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros | CHAVE DE ACESSO DA NF -e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR<br>3525.1102.7369.5100.0159.5500.1000.0763.7913.6367.6870 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ | Protocolo de autorização |
|---|---|---|---|
| 582475777112 | | 02.736.951/0001-59 | 135253438798175 - 11/11/2025 14:48:17 |

**DESTINATÁRIO REMETENTE**

| NOME RAZÃO SOCIAL | | | CNPJ/CPF | DATA EMISSÃO |
|---|---|---|---|---|
| IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA | | | 45.708.765/0001-19 | 11/11/2025 |
| ENDEREÇO: RUA FERDINANDO FRANTIN,335 | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | | CEP: 14.610-029 | DATA DA SAIDA: 11/11/2025 |
| MUNICÍPIO: IPUA | FONE / FAX: (16) 3832-1222 | UF: SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAIDA |

**FATURA**

**001 R$ 1.064,14 11/12/2025 |**

**CALCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 1.064,14 | 171,56 | 0,00 | 0,00 | 1.064,14 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.064,14 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA (1 - EMITENTE, 2 - DESTINATARIO) | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| RODONAVES TRANSP. E ENCOMENDAS LTDA | 1 | | | SP | 44.914.992/0001-38 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| RUA GAL. AUGUSTO SOARES DOS SANTOS, 683 | RIBEIRAO PRETO | SP | 582249216111 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UND | QTDE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B. CÁLCULO ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3005 | OXANONA 5-0 MR17 POINT SUTURE<br>Validade: 21/05/2028 Lote: OV53C/25084 | 30061020 | 000 | 5102 | EV | 24 | 18,5500 | 445,20 | 445,20 | 80,14 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 147 | NYLON 4-0 CT20 POINT SUTURE<br>Validade: 28/08/2030 Lote: NP413A/25084 | 30061020 | 000 | 5102 | EV | 72 | 3,9700 | 285,84 | 285,84 | 51,45 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 1303 | AGULHA SPINAL 27GX3 1/2" C/ GUIA C/25 QUINCKE(90x4) UNISIS<br>Validade: 28/09/2029 Lote: 24J417 | 90183219 | 000 | 5102 | UN | 5 | 12,5200 | 62,60 | 62,60 | 7,51 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |
| 2306 | AGULHA SPINAL 25GX3 1/2" (90X5) c/25 QUINCKE UNISIS<br>Validade: 28/11/2029 Lote: 24L305 | 90183219 | 000 | 5102 | UN | 50 | 5,4100 | 270,50 | 270,50 | 32,46 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |

Recebi e conferi os Mater ai
12 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo. sável Recebimento

material

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
|---|---|
| termo de fomento n 02/2025<br>NCM:30061020-REDUCAO A 0% DE PIS E COFINS CONFORME DECRETO 6426/08<br><br>2302025 | |

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado.
Emissão: 11/11/2025 Destinatário: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA Valor Total: 1.064,14

| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | NF-e No: 076.379 SÉRIE: 1 FL: 1 /1 |
|---|---|---|
| | | |

5551
cod GJC

BANCO DO BRASIL **001-9** Comprovante de Entrega

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736. | | Agencia / Codigo Beneficiário<br>6504-8/1062-6 | **Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)**<br>[ ] Mudou-se [ ] Ausente [ ] Não existe nº. indicado |
| Pagador<br>**IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117** | | Nosso Número<br>28439230000047243 | [ ] Recusado [ ] Não procurado [ ] Endereço insuficiente |
| Vencimento<br>**11/12/2025** | Número do Documento<br>**076379/1** | Espécie<br>**R$** | Valor do Documento<br>**1.064,14** | [ ] Desconhecido [ ] Falecido [ ] Outros (anotar no verso) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Recebemos o Titulo<br>**com as características acima** | Data | Assinatura | Data | Assinatura |

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento<br>**PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO** | Data do Processamento<br>**11/11/2025** |

---

BANCO DO BRASIL **001-9** Recibo do Pagador

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento<br>PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO | Vencimento<br>**11/12/2025** |
| BeneficiárioCIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59<br>RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, , / Fone: | Agência / Código Beneficiário<br>6504-8/1062-6 |

| Data do Documento | Numero do Documento | Especie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 11/11/2025 | 076379/1 | DM | N | 11/11/2025 | 28439230000047243 |
| Uso do Banco | Carteira 17/035 | Especie R$ | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento **1.064,14** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 2,13 por dia de atraso para pagamento .

( - ) Desconto
( - ) Outras Deducoes / Abatimento
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117
RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO, IPUA / SP - 14610029

CPF / CNPJ
45.708.765/0001-19

Beneficiário
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

---

BANCO DO BRASIL **001-9** 00190.00009 02843.923000 00047.243175 1 12920000106414

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento<br>PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO | Vencimento<br>**11/12/2025** |
| BeneficiárioCIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59<br>RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, , / Fone: | Agência / Código Beneficiário<br>6504-8/1062-6 |

| a do Documento | Número do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 11/11/2025 | 076379/1 | DM | N | 11/11/2025 | 28439230000047243 |
| Uso do Banco | Carteira 17/035 | Espécie Moeda R$ | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento **1.064,14** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 2,13 por dia de atraso para pagamento .

( - ) Desconto
( - ) Outras Deducoes / Abatimento
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117
RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO, IPUA / SP - 14610029

CPF / CNPJ
45.708.765/0001-19

Beneficiário
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 11 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | Cirúrgica Rib. Preto | C.M. Hospitalar | HDL Leg. Hospit | |
| | TELEFONE: (16) 3963.2829 | TELEFONE: (11) 3572.3529 | TELEFONE: (34) 3221.5200 | TELEFONE: |
| | CONTATO: Marcos | CONTATO: Urian | CONTATO: Sandra | CONTATO: |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | vicryl 5.0 MR17 Point Suture | EV | 24 | 18.55 | — | — | |
| 2- | Nylon 4.0 CT20 Point Suture | EV | 72 | 3.97 | — | — | |
| 3- | agulha Spinal 27G x 3½ d'gua | un | 5 | 12.52 | 21.24 | 23.88 | |
| 4- | agulha spinal 25G x 3½ quincke | un | 50 | 5.41 | 13.74 | 15.46 | |

obs: os itens nº 1 e 2 não tem as cotações necessárias porque são padronizados pela entidade e a Cirúrgica Ribeirão Preto Ltda é distribuidor autorizado dos mesmos conforme termo de credenciamento em anexo.

**Point Suture do Brasil**
**Indústria de Fios Cirúrgicos**

Fortaleza, 18 de junho de 2025.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO**

**Pelo presente instrumento particular, a empresa POINT SUTURE DO BRASIL INNDUSTRIA DE FIOS CIRURGICOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 12.340.717/0001-61, com sede à Rua Moacir 435, Barra do Ceará – Fortaleza/CE, neste ato representada por seu representante legal Antonia Amanda Camelo Brígido, doravante denominada simplesmente **CREDENCIANTE**, **credencia** a empresa abaixo qualificada como **DISTRIBUIDORA AUTORIZADA** de seus produtos:

**Razão Social da Distribuidora:** Cirúrgica Ribeirão Preto Ltda.
**CNPJ:** 02.736.951/0001-59
**Endereço:** R. MARQUES DA CRUZ
**Representante legal:** Wilson Marques da Silva
**Telefone/E-mail:** wilsoncrp@gmail.com e (16) 3963-1602

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente termo tem por objeto o **credenciamento da DISTRIBUIDORA** acima qualificada para comercialização, representação e distribuição dos produtos fabricados e/ou comercializados pela POINT SUTURE, com destaque para os **fios de sutura Catcromo, Catpoint, Nylpoint, Cottpoint, Poliesterpoint, polipropypoint, Steepoint, Oxanonapoint, Monosorbpoint, Vicpoint, Vicpoint Plus, Surgisorbpoint**, nos termos das normas técnicas e sanitárias vigentes.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

**A DISTRIBUIDORA se compromete a:**

- Comercializar os produtos da CREDENCIANTE com ética, transparência e dentro das normativas legais;
- Observar e respeitar a regulamentação sanitária aplicável aos produtos médico-hospitalares;
- Manter a rastreabilidade dos produtos distribuídos;
- Prestar suporte técnico-comercial aos seus clientes, quando solicitado.

**A CREDENCIANTE se compromete a:**

- Fornecer produtos regularizados junto à ANVISA, com certificações e registros exigidos;
- Apoiar a DISTRIBUIDORA com materiais técnicos, catálogos, amostras e treinamentos, sempre que possível;
- Manter a DISTRIBUIDORA atualizada sobre quaisquer alterações em seus produtos ou documentação.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA**

O presente credenciamento tem validade de **12 (doze) meses**, contados a partir da data de assinatura, podendo ser renovado por iguais períodos mediante manifestação expressa de ambas as partes.

Point Suture do Brasil
Indústria de Fios Cirúrgicos

**CLÁUSULA QUARTA – DA RESCISÃO**

O presente termo poderá ser rescindido a qualquer momento por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com antecedência mínima de **30 (trinta) dias**, sem que isso gere ônus ou indenizações de qualquer natureza.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- Este credenciamento **não estabelece vínculo empregatício ou societário** entre as partes;
- Fica vedada a utilização da marca POINT SUTURE de forma indevida, sem prévia autorização;
- As partes elegem o foro da comarca de Fortaleza/CE da Point Suture para dirimir quaisquer questões oriundas deste instrumento.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em duas vias de igual teor e forma.

**POINT SUTURE DO BRASIL LTDA**

ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300

Assinado de forma digital por ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=VideoConferencia, ou=07267479000176, ou=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e-CPF A3, ou=(em branco), cn=ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300
Dados: 2025.06.18 13:32:11 -03'00'

Nome: ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO
Cargo: GERENTE COMERCIAL

**CIRÚRGICA RIBEIRÃO PRETO LTDA.**

Nome: WILSON MARQUES DA SILVA
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL

## Pagar com código de barras (versão antiga)

G331081434998715017
08/12/2025 14:53:26

08/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:53:27
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BANCO DO BRASIL
---
00190000090284392300000047243175112920000106414
BENEFICIARIO:
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA
NOME FANTASIA:
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA ME
CNPJ: 02.736.951/0001-59
PAGADOR:
IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPU
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 120.802 |
| NOSSO NUMERO | 28439230000047243 |
| CONVENIO | 02843923 |
| DATA DE VENCIMENTO | 11/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 08/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.064,14 |
| VALOR COBRADO | 1.064,14 |

==========
NR.AUTENTICACAO B.49E.51A.270.31D.120
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Sulmedic

**Identificação do emitente**

**SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**

AV.MARGINAL NORTE DA RODOVIA DOS B, 2400

Complemento: GALPAODEPOSITO 5
DISTRITO INDUSTRIAL Cep:13213-008
JUNDIAI/SP

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

**N. 000060725**
**SÉRIE 3**
**FOLHA 01/01**

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**
**3525 1109 9443 7100 0368 5500 3000 0607 2517 4949 3388**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS | 135253557777684 19/11/2025 15:27:06-03:00 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB. | CNPJ/CPF |
|---|---|---|
| 407872052119 | | 09.944.371/0003-68 |

**DESTINATARIO/REMETENTE**

| NOME/RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA DE EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 19/11/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|
| R FERDINANDO FRATIN,335 | CENTRO | 14610-000 | 19/11/2025 |

| MUNICIPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | 01638321222 | SP | | 15:00:00 |

**FATURA**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001<br>19/12/2025<br>939,00 | | | | | | | | |

**CALCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CALCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 939,00 | 169,02 | 0,00 | 0,00 | 939,00 |

| 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 | 939,00 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| N TRANSPORTES E SERVICOS LTDA | 0-EMITENTE | | | | 12.270.745/0004-00 |

| ENDEREÇO | MUNICIPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200 GALPAO11 | SUMARE | SP | 671495090114 |

| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CX | | | 2,832 | 2,380 |

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

| COD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV. | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | V.UNITARIO | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M11534 | SUCROFER 20MG/ML - SAC.HIDROXIDO DE FERRO-SOL INJ-IV 05FR 5ML-UNIAO QUIMICA<br>LOTE:B5H0363A - Val:31/10/2026, Fab : 16/11/2024 | 30049099 | 200 | 5102 | CX | 20,0000 | 46,9500 | 939,00 | 939,00 | 169,02 | 0,00 | 18.00% | 0.00% |

Recebi e conferi os Mater ai
21 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

medicamentos

**CALCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
|---|---|
| CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: qualidade@sulmedic.com<br>Protocolo: 135253557777684<br>\| Pedido:087508 \| TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025 | |

230 2025

5623

powered by TOTVS

Cod: 390

SICOOB

| | | |
|---|---|---|
| Beneficiário<br>**SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA** 09.944.371/0001-04<br>**SANTOS DUMONT - 1355**<br>**SANTO ANTONIO**<br>**Joinville - SC** 89218-105 | Vencimento<br>19/12/2025 | Valor do Documento<br>939,00 |
| | (+) Outros acréscimos | (+) Mora / Multa |
| | (-) Desconto / Abatimento | (-) Outras deduções |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br>**APOS 5 DIAS VENCTO, PROTESTO E NEG. SPC**<br>**APOS VENCIMENTO MORA/DIA DE: R$ 0.94** | Data de Emissão<br>19/11/2025 | (=) Valor cobrado |
| | Coop Contr/Cód. Beneficiário<br>3039/3845419 | |
| | Nosso Número<br>288426 | |

Dados do Pagador

| | | |
|---|---|---|
| Nome do pagador<br>**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS** | | Número do Documento<br>3 000060725 |
| Endereço<br>**R FERDINANDO FRATIN,335** | | |
| Bairro / Distrito<br>**CENTRO** | | |
| Município<br>**IPUA** | UF<br>SP | CEP<br>14610-000 |
| Mensagem Pagador | | |

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

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

---

SICOOB | 756 | 75691.30391 01384.541908 02884.260015 1 13000000093900

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de pagamento<br>**PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB** | | | | | Vencimento<br>19/12/2025 |
| Beneficiário<br>**SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA** 09.944.371/0001-04 | | | | | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário<br>3039/3845419 |
| Data do documento<br>19/11/2025 | N. documento<br>3 000060725 | Espécie<br>DM | Aceite<br>N | Data processamento<br>21/11/2025 | Nosso número<br>288426 |
| Uso do Banco | Carteira<br>1 | Espécie<br>Real | Quantidade<br>0,00 | Valor | Valor documento<br>939,00 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br>**APOS 5 DIAS VENCTO, PROTESTO E NEG. SPC**<br>**APOS VENCIMENTO MORA/DIA DE: R$ 0.94**<br><br>EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB<br>COOPERATIVA CONTRATANTE 3039 SICOOB SÃO MIGUEL SC/PR/RS | | | | | (-) Desconto / Abatimento<br>(-) Outras deduções<br>(+) Mora / Multa |
| Pagador<br>**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS** 45.708.765/0001-19<br>**R FERDINANDO FRATIN,335**<br>**CENTRO**<br>**IPUA - SP** 14610-000<br>Beneficiário final | | | | | (+) Outros acréscimos<br>(=) Valor cobrado |

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**

T 60725

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 19 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Sul medic | Vitia C. Hosp. | Sumed. | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (47) 3473-8045 | TELEFONE: (16) 3993 9100 | TELEFONE: (14) 2106 2011 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Bruna. | CONTATO: Junior | CONTATO: Ricardo | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| Sucrafer 20mg/ml - Sol. inj IV 5FR 5ml. | cx | 20 | 46.95 | 50.55 | 52.75 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Pagar com código de barras (versão antiga)

G335151612256727035
15/12/2025 16:49:38

15/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:49:39
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BANCO SICOOB S.A.
---
75691303910138454190802884260015113000000093900
BENEFICIARIO:
SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMEN
NOME FANTASIA:
SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS L
CNPJ: 09.944.371/0001-04
BENEFICIARIO FINAL:
SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS L
CNPJ: 09.944.371/0001-04
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---
NR. DOCUMENTO 121.501
DATA DE VENCIMENTO 19/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 15/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 939,00
VALOR COBRADO 939,00
==========
NR.AUTENTICACAO 7.A4D.C2B.DDB.538.304
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

| DATA DE EMISSÃO | DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---|---|---|
| 18/11/2025 | | |

NF-E
Nº 11991040 SÉRIE 7
ROTA: FRIP SETOR: 2823

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 11991040
SÉRIE 7
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3525 1144 4631 5600 0184 5500 7011 9910 4012 3879 2471

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

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda merc.adq.receb.de terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135253548047462 19/11/2025 00:38:49-03:00

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA | CNPJ |
|---|---|---|
| 209017636112 | | 44.463.156/0001-84 |

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA DE EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS ERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 18/11/2025 |

| ENDEREÇO | Nº | BAIRRO | CEP | DATA DE ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| R FERDINANDO FRATIN | 335 | CENTRO | 14610-000 | 18/11/2025 |

| MUNICÍPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | 01638321222 | SP | | |

FATURA/DUPLICATA

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 18/12/2025 | 489,74 | | | | | | |

CÁLCULO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 489,74 | 58,77 | 0,00 | 0,00 | 489,74 |

| VALOR DO FCP | VALOR DO FCP ST | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0.00 | 0.00 | 0,00 | 0,00 | 0.00 | **489,74** |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO / REBOQUE | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| A. R. DE ARAUJO - TRANSPORTES | - Remetent | | | | 10.715.918/0001-70 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| R MARIA CERON VOLPE 2220 | SAO JOSE DO RIO PRETO | SP | 647553429112 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | 1,740 | 1,740 |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

| CÓD.PROD | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | PMC/PF | NCM/SH | CST | CFOP | UN. | QNTD/LOTE | V.UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BC. ICMS | V. ICMS | VL.ICMS ST | AL.ICMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 449385 | FLUMAZENIL 0,1 MG/ML INJ 50 AP 5 ML *HG<br>HIPOLABOR C1<br>PF:8073.59 POS MON LT:BF-008/25 2UN<br>Val:28.02.2027 | 0,00 | 30049099 | 000 | 5102 | CX | 2 | 244,8700 | 489,74 | 489,74 | 58,77 | | 12,00 |

Recebi e conferi os Materiais
19 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

medicamento

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Setor de Vendas: 2041 Cliente: 0000829501 Rota: FRIP Setor Terceiro: 2823 Vigilancia Sanitaria: 352130907-861-000002-1-3 Nome Fantasia: ERICORDIA DE IPUA OV: 2019344596 Remessa: 3019047188 Faturamento: 4018895587 PEDIDO: OV87095352_0 TERMO DE FOMENTO N 02 2025 Nao Contribuinte - Art. 54 - RICMS/SP, Art. 313-Ae 313-B - Regime Especial Contribuinte Substituto Tributario conforme Comunicado DEAT 656/2018 publicado DOE SP 22/01/2019

2302025

RESERVADO AO FISCO

5611

11991040

Doc. 739

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer banco até o vencimento. | | | | | | Vencimento<br>18/12/2025 |
| Beneficiário<br>SERVIMED COMERCIAL LTDA | | | CNPJ: 44.463.156/0001-84 | | | Agência / Código do Beneficiário<br>3391-0/002815-0 |
| Data do Documento<br>19/11/2025 | Número do Documento<br>40188955872025001 | Tipo Doc.<br>DM | Aceite<br>N | | Data do Processamento<br>19/11/2025 | Nosso Número<br>09/00000722214-1 |
| Uso do Banco<br>8650 / Cip 000 | Carteira<br>09 | Espécie<br>R$ | Quantidade | | x Valor | 1 (=) Valor do Documento<br>489,74 |

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

APÓS 21/12/2025 COBRAR MULTA DE ....: R$ 9,79
APÓS 18/12/2025 + TX. PERM. AO DIA DE: R$ 1,96
PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS

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

Pagador ( 829501 ) IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
R FERDINANDO FRATIN 335 CENTRO
14610-000 IPUA/SP

CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19

**Cobrança Escritural Bradesco**

Pagador/Avalista:

Autenticação Mecânica

| NOTA FISCAL | VALOR | DATA | NOTA FISCAL | VALOR | DATA | NOTA FISCAL | VALOR | DATA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 011991040-7 | R$489,74 | 18/11/2025 | | | | | | |

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

| DATA EMISSÃO | TP DOC | NFD | NFO | VALOR | DATA EMISSÃO | TP DOC | NFD | NFO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

---

**BRADESCO** |237-2| **23793.39100 90000.072224 14000.281502 3 12990000048974**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer banco até o vencimento. | | | | | | Vencimento<br>18/12/2025 |
| Beneficiário<br>SERVIMED COMERCIAL LTDA | | | CNPJ: 44.463.156/0001-84 | | | Agência / Código do Beneficiário<br>3391-0/002815-0 |
| Data do Documento<br>19/11/2025 | Número do Documento<br>40188955872025001 | Tipo Doc.<br>DM | Aceite<br>N | | Data do Processamento<br>19/11/2025 | Nosso Número<br>09/00000722214-1 |
| Uso do Banco<br>8650 / Cip 000 | Carteira<br>09 | Espécie<br>R$ | Quantidade | | x Valor | 1 (=) Valor do Documento<br>489,74 |

Instruções de Responsabilidade do Beneficiário

APÓS 21/12/2025 COBRAR MULTA DE ....: R$ 9,79
APÓS 18/12/2025 + TX. PERM. AO DIA DE: R$ 1,96
PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS

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

Pagador ( 829501 ) IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
R FERDINANDO FRATIN 335 CENTRO
14610-000 IPUA/SP

CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19

**Cobrança Escritural Bradesco**

Pagador/Avalista:

**( 2041 / 0000 / 2823 / FRIP ) (007) 011991040**

**Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 18 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|
| Serimed | Citra C. Hosp. | Medicamental | |
| TELEFONE: (14) 2106 2011 | TELEFONE: (16) 3993-9100 | TELEFONE: (16) 3505-4900 | TELEFONE: |
| CONTATO: Ricardo | CONTATO: Junior | CONTATO: Renata | CONTATO: |

| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Flumazenil 0,1mg/ml inj: 50 ap. 5ml | cx | 2 | 244.87 | 260.51 | 337.80 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Pagar com código de barras (versão antiga)

G335151612256727036
15/12/2025 16:51:13

15/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:51:13
315603156 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO BRADESCO S.A.
---
23793391009000007222414000281502312990000048974
BENEFICIARIO:
RED S A
NOME FANTASIA:
RED S A
CNPJ: 67.915.785/0001-01
BENEFICIARIO FINAL:
SERVIMED COMERCIAL LTDA (MATRIZ)- E
CNPJ: 44.463.156/0001-84
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---
NR. DOCUMENTO 121.502
DATA DE VENCIMENTO 18/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 15/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 489,74
VALOR COBRADO 489,74
==========
NR.AUTENTICACAO 0.D62.7BE.ED9.50A.A66
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**NF-e**
Nº. 000.013.531
Série 611

RECEBEMOS DE WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 19/11/2025
VALOR TOTAL: R$ 1.631,68 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO - RUA FERDINANDO FRANTIN, 335 CENTRO IPUA-SP

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DATA DO RECEBIMENTO

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA**
AV M SERGIO CANCIAN, 5093
SETOR INDUSTRIAL - 14176-503
SERTAOZINHO - SP Fone/Fax: 08007099000

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº. 000.013.531
Série 611
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
3525 1135 8204 4800 9435 5561 1000 0135 3112 1878 4873
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDA PROD. ESTAB. EFET. FORA ESTABELECIMENTO | 135253553005351 - 19/11/2025 09:55:56 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|
| 664015333119 | 102664 | | 35.820.448/0094-35 |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO | 45.708.765/0001-19 | 19/11/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| RUA FERDINANDO FRANTIN, 335 | CENTRO | 14610-000 | 19/11/2025 |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | SP | 1638321222 | | 09:55:05 |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 17/12/2025 |
| Valor | R$ 1.631,68 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLC. DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | V. FCP UF DEST. | VALOR DO PIS | V. TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.631,68 | 293,70 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 22,08 | 1.585,18 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | V. ICMS UF DEST. | V. TOT. TRIB. | VALOR DA COFINS | V. TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 101,69 | 1.631,68 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| RUBENS FREIRE MOUTINHO | 0-Por conta do Emit | | | | 09.465.822/0001-12 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| RUA LUIZ DURIGAN 1622 | BARRETOS | SP | 204221972112 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Unidade | | | 76,801 | 16,020 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | VALOR DESC | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40000933 | AR MEDICINAL CIL T 9,6M NC . ONU 1002, AR, COMPRIMIDO, 2.2 Lote: 2527400692 Quant: 9600 Fab: 01/10/2025 Val: 30/09/2028 | 28539090 | 0/00 | 5103 | M3 | 9,6000 | 80,7479 | 775,18 | 0,00 | 821,68 | 147,90 | | 18,00 | |
| 40000153 | DIOXIDO CARBONO USP CIL G 4,5KG ONU 1013, DIOXIDO DE CARBONO, 2.2 Lote: 2528700008 Quant: 4500 Fab: 14/10/2025 Val: 13/10/2028 | 28112100 | 0/00 | 5103 | KG | 4,5000 | 180,0000 | 810,00 | 0,00 | 810,00 | 145,80 | | 18,00 | |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
Inf. Contribuinte: CENTRO/DEPOSITO: 2455/U269, Tipo de Ordem: WOR, VEICULO: 0874, VIAGEM: 1061982 Cond.Pgto.:D028 028 Dias Data Liquida.Declaro que os produtos perigosos estao adequadamente classificados, embalados, identificados e estivados para suportar os riscos das operacoes de transporte e que atendem as exigencias da regulamentacao. - Item: 40000153 Lote: 2528700008 Cilindro: 040222927 - Item: 40000933 Lote: 2527400692 Cilindro: 041456503. .

230345

**RESERVADO AO FISCO**

*Impresso em 21/11/2025 as 11:48:06*

*Arquivo gerado em danfeonline.com.br*

5627

Recibo do Pagador

**Bradesco** | 237-2 |

**23792.37304 41011.378613 54027.642906 1 12980000163168**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI S LTDA | | Agência / Código do Beneficiário<br>2373-6/276429-6 | Espécie<br>R$ | Quantidade | Carteira/Nosso Número<br>**004/10113786154-8** |
| Número Documento<br>13531-611 | CPF/CNPJ<br>35.820.448/0001-36 | Vencimento<br>17/12/2025 | | | (=) Valor documento<br>**1631,68** |
| (-) Descontos/ Abatimentos | (-) Outras deduções | (+) Mora/ Multa | (+) Outros acréscimos | | (=) Valor cobrado |

Pagador
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO 45.708.765/0001-19**
**RUA FERDINANDO FRANTIN 335CENTRO**
**IPUA-SP-14610-000**

**Autenticação Mecânica**

**Corte na linha pontilhada**

**Bradesco** | 237-2 |

**23792.37304 41011.378613 54027.642906 1 12980000163168**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO | | | | | Vencimento<br>**17/12/2025** |
| Beneficiário<br>WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI S LTDA AV PASTOR MARTIN LUTHER KING JR 35.820.448/0001-36 | | | | | Agência / Código do Beneficiário<br>**2373-6/276429-6** |
| Data do Documento<br>19/11/2025 | Nr Documento<br>13531-611 | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>21/11/2025 | Carteira/Nosso Número<br>**004/10113786154-8** |
| Uso do banco | Carteira<br>004 | Espécie<br>R$ | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor documento<br>**1631,68** |

INSTRUÇOES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
** VALORES EXPRESSOS EM REAIS****

APÓS O VENCIMENTO DO TÍTULO COBRAR:

MULTA DE 2 % S/VALOR DO TITULO APÓS VENCIMENTO
JUROS/MORA DE 1 % A.M. (PRÓ RATA DIA)

(-) Descontos/ Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora/ Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO 45.708.765/0001-19**
**RUA FERDINANDO FRANTIN 335CENTRO**
**IPUA-SP-14610-000**

Sacador / Avalista: -

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

**Corte na linha pontilhada**

## Pagar com código de barras (versão antiga)

G332151649433685011
15/12/2025 16:55:50

15/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:55:50
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO BRADESCO S.A.
---
23792373044101137861354027642906112980000163168
BENEFICIARIO:
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI
NOME FANTASIA:
WHITE MARTINS
CNPJ: 35.820.448/0001-36
BENEFICIARIO FINAL:
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD
CNPJ: 35.820.448/0001-36
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 121.503 |
| DATA DE VENCIMENTO | 17/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 15/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.631,68 |
| VALOR COBRADO | 1.631,68 |

==========
NR.AUTENTICACAO 6.BF3.857.E07.4D8.F3E
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

NFe v4.0 - VERSÃO 6.10

MedCenter Comercial

**MED CENTER COMERCIAL LTDA**

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

**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

**Nº: 000004632**
**SÉRIE: 1**
**FOLHA: 1/1**

**CHAVE DE ACESSO:**
**3525 1100 8749 2900 0573 5500 1000 0046 3217 1675 4076**

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 NAO CONTRIBUINTE - 5102**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
**135253551673730 19/11/25 08:44:37**

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT. | CNPJ |
|---|---|---|
| **131837784113** | | **00.874.929/0005-73** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | C.N.P.J / C.P.F. | DATA EMISSÃO |
|---|---|---|
| ( 14062 ) - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 19/11/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA ENTR/SAÍDA |
|---|---|---|---|
| R FERDINANDO FRATIN, 335 | CENTRO | 14610-000 | 19/11/2025 |

| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | 1638321222 | SP | | 08:44:24 |

**FATURA / DUPLICATA**

001 17/12/2025 894,20

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. | VALOR DO I.C.M.S. | BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST | VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 894,20 | 107,30 | 0,00 | 0,00 | 894,20 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO I.P.I. | VALOR APROX.TRIBUTOS | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 894,20 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | C.N.P.J / C.P.F. |
|---|---|---|---|---|---|
| O mesmo PVN | 0 - Emitente | | | | |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NÚMERO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | VOLUME(S) | | 711943 | 0,460 Kg | 0,460 Kg |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO NCM | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | CX UN | CFOP CST | QUANTIDADE UNIDADE | VALOR UNITÁRIO | % DESC VLR DESC | VALOR LÍQUIDO | VALOR BRUTO B.CALC.ICMS | BC. ICMS ST VL. ICMS ST | VALOR ICMS | VALOR IPI | VL.APROX TRIBUTOS | ALÍQUOTAS %ICMS | %.IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01587800 3004.90.39 | METOPROLOL SUCCINATO 100MG COMP - M2501893/FAB.01/02/25/VAL.30/01/27 C/ 30 CP | 0 240 | 5102 200 | 8 CV | 16,500000 | 0,00% 0,00 | 132,00 | 132,00 132,00 | 0,00 0,00 | 15,84 | 0,00 | | 12,00 | 0,00 |
| 01521700 3004.90.59 | SUGAMADEX SODICO 100MG/ML FRASCO 2ML - 25092668/FAB.01/07/25/VAL.30/07/27 C/ 10 FR | 0 20 | 5102 500 | 2 CV | 381,100000 | 0,00% 0,00 | 762,20 | 762,20 762,20 | 0,00 0,00 | 91,46 | 0,00 | | 12,00 | 0,00 |

Recebi e conferi os Materiais
21 / 11 / 25
Ass. Responsável Recebimento

medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
BOLETO:
TERMO DE FOMENTO N 02/ 2025
Pedido: 711943
Volume M3: 0, 001633
Rota: 8
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS

230365

cod - 5625

**RESERVADO AO FISCO**



cod 192

Bradesco | 237-2 | **Comprovante de Entrega**

| | | |
|---|---|---|
| BENEFICIÁRIO<br>MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001 | AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO | N. DO DOCUMENTO<br>4632/01 |
| PAGADOR<br>14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE I | NOSSO NÚMERO<br>02/14970032557 | VENCIMENTO<br>17/12/2025 |
| RECEBI(EMOS) O BLOQUETO | ASSINATURA | VALOR DO DOCUMENTO<br>894,20 |

| | |
|---|---|
| LOCAL DE PAGAMENTO<br>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO | DATA DE PROCESSAMENTO<br>19/11/2025 |

Bradesco | 237-2 | **RECIBO DO PAGADOR**

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40
RUA VINTE E QUATRO DE MAIO, 104 - SALA 108 CONJ A E B PAVMTO4 - Bairro: CENTRO - SAO

| DATA DO DOCUMENTO | NO. DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DOC. | ACEITE | DATA DO PROCESSAMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 19/11/2025 | 4632/01 | DM | N | 19/11/2025 |

| USO DO BANCO | CIP | CARTEIRA | MOEDA | QUANTIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| | 000 | 02 | R$ | | X |

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 17/12/2025, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.
Protestar 7 dias após o Vencimento.
PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

**237-2** | RECIBO DO PAGADOR

MedCenter Comercial

**Fone: (35) 3449-1950**

| | |
|---|---|
| VENCIMENTO | 17/12/2025 |
| AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO | |
| CART. / NOSSO NÚMERO | 02/14970032557-2 |
| 1 (=) VALOR DO DOCUMENTO | 894,20 |
| 2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS | |
| 3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| 4 (+) MORA / MULTA / JUROS | |
| 5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS | |
| 6 (=) VALOR COBRADO | |

PAGADOR
14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPU CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19
R FERDINANDO FRATIN, 335 CENTRO
14610000 IPUA SP
SACADOR/AVALISTA

Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2 | 23791.49707 21497.003257 57008.636805 5 12980000089420

| | |
|---|---|
| LOCAL DE PAGAMENTO<br>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO | VENCIMENTO<br>17/12/2025 |
| BENEFICIÁRIO<br>MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40<br>RUA VINTE E QUATRO DE MAIO, 104 - SALA 108 CONJ A E B PAVMTO4 - Bairro: CENTRO - SAO | AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO |
| | CART. / NOSSO NÚMERO<br>02/14970032557-2 |
| | 1 (=) VALOR DO DOCUMENTO<br>894,20 |

| DATA DA DOCUMENTO | Nº DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DOC. | ACEITE | DATA PROCESSAMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 19/11/2025 | 4632/01 | DM | N | 19/11/2025 |

| USO DO BANCO | CIP | CARTEIRA | MOEDA | QUANTIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| | 000 | 02 | R$ | | X |

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 17/12/2025, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.
Protestar 7 dias após o Vencimento.
PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

| | |
|---|---|
| 2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS | |
| 3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| 4 (+) MORA / MULTA / JUROS | |
| 5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS | |
| 6 (=) VALOR COBRADO | |

PAGADOR
14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPU CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-
R FERDINANDO FRATIN, 335 CENTRO
14610000 IPUA SP
SACADOR/AVALISTA

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

T 4632

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 19 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | Med Center | Citria C. Hospit. | HDL Log. Hosp. | |
| | TELEFONE: (35) 3449.1950 | TELEFONE: (16) 3993.9100 | TELEFONE: (31) 3221.5300 | TELEFONE: |
| | CONTATO: Jessica | CONTATO: Junior | CONTATO: Sandra | CONTATO: |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | metoprolol 100 mg cp cl 30 | cx | 8 | 16.50 | — | — | |
| 2- | sugamadex sódico 100 mg/ml FRS 2 ml cl 10 FR | cx | 2 | 381.10 | 408.30 | 404.00 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | obs: o item nº 1 não tem as cotações necessárias por estar em falta nas distribuidoras: Precision Hosp. (16) 3236.9010, Sul medic (47) 3473.8845, Almaster (54) 3523.2600, Medicamental (16) 3505.4900, Summed (14) 2106.2011, Dumar (16) 3721.1102, Futura C.P.M (16) 3251.9494 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## Pagar com código de barras (versão antiga)

G332151649433685012
15/12/2025 16:56:43

15/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:56:43
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO BRADESCO S.A.
---
23791497072149700325757008636805512980000089420
BENEFICIARIO:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
NOME FANTASIA:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
BENEFICIARIO FINAL:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---
NR. DOCUMENTO 121.504
DATA DE VENCIMENTO 17/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 15/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 894,20
VALOR COBRADO 894,20
==========
NR.AUTENTICACAO 8.E2E.D18.4D5.000.0CC
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Precision

**PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA**
RUA ANGELA BERBEL PAGANO, 006
JARDIM ALVORADA - 14140-000
CRAVINHOS - SP Fone/Fax: 1632369010
www.precisionhospitalar.com.br

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.078.378**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1130 4614 4200 0104 5500 1000 0783 7810 2071 9030**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **135253637226250 - 25/11/2025 17:23:04** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **279094018110** | | **30.461.442/0001-04** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **25/11/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 23/12/2025 |
| Valor | R$ 860,00 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 860,00 | 116,16 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 860,00 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO | TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 860,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI | 0-Remetente | | | | 12.270.745/0004-00 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200 | SUMARE | SP | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Volumes | | | 1,145 | 1,145 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16314 | BROMETO DE ROCURONIO 50MG/5ML SOL INJ CX/10 FR-AMP (IV)/VOLPHARMA G+ Lote: A0830104 Qt: 7 Val: 31/07/27 | 30049079 | 200 | 5102 | CX | 7 | 92,0000 | 644,00 | 644,00 | 77,28 | | | 12,00 | |
| 5911 | FLAVENOS 500 (DIOSMINA+HESPERIDINA) 450MG + 50MG CX/60 COMP REV/BIOLAB S- PmPf: 141,74 PMC: 155.35 Lote: 40713903 Qt: 6 Val: 31/10/26 FCI:C35AB154-18CD-4C9A-B729-EBDE6D9A1064 | 30049039 | 500 | 5102 | CX | 6 | 36,0000 | 216,00 | 216,00 | 38,88 | | | 18,00 | |

Cotação 894

Recebi e conferi os Materiais
26 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

medicamentos

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Inf. Contribuinte:
Termo de Fomento 02/2025
Vendedor: 38-ISABEL AGUIAR Id Ped: 2071759
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 134,73 Estadual: R$ 103,20 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

**RESERVADO AO FISCO**

*Impresso em 25/11/2025 as 17:23:37*

www.geweb.com.br

2302025

T 18378

**Bradesco** **RECIBO DO PAGADOR**

| Beneficiário: | Agência/Cod.Beneficiário | Data do Documento | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **Unique Aaa Fundo De Investimento Em Direitos Creditórios** | **3394/0044141-4** | **25/11/2025** | **23/12/2025** |
| Pagador: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (2751)**<br>**RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO**<br>**14610-000 - IPUA-SP** | Número Documento:<br>**78378-01** | Nosso Número:<br>**00015000217** | Valor:<br>**860,00** |

**Autenticação Mecânica**

---

**Bradesco** **237-2** **23793.39415 90001.500025 17004.414102 7 13040000086000**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento:<br>**Pagável Preferencialmente nas agências do Banco Bradesco S/A** | | | | | Vencimento<br>**23/12/2025** |
| Beneficiário<br>**Unique Aaa Fundo De Investimento Em Direitos Creditórios- - 32.388.171/0001-26** | | | | | Agência/Código Beneficiário<br>**3394/0044141-4** |
| Endereço Beneficiário<br>**Av. Brigadeiro Faria Lima, 1355 - Jardim Paulistano - São Paulo - SP - CEP: 01452-002** | | | | | |
| Data do documento:<br>**25/11/2025** | No. do documento<br>**78378-01** | Espécie doc.<br>**DM** | Aceite<br>**N** | Data Processamento<br>**25/11/2025** | Cart./Nosso Número<br>**19/00015000217-7** |
| Uso do Banco | Carteira<br>**19** | Espécie Moeda<br>**R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento<br>**860,00** |
| **Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)**<br>PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,86 AO DIA<br>PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 17,20 | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |

**Pagador**
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (2751)**
**RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO**
**14610-000 - IPUA-SP**
**45.708.765/0001-19**
**Sacador/Avalista**
**PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA -**
**CNPJ:30.461.442/0001-04**

**Ficha de Compensação**

**Autenticação Mecânica**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 25 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Precision C. Hosp. | Vitria C. Hosp. | Futura C.P.M. | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE (16) 3236.9010 | TELEFONE: (16) 3993.9100 | TELEFONE (15) 3251.9494 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Maurilio | CONTATO: Junior | CONTATO: Leandro | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| Brometo de rocurônio 50mg/5ml sol inj. cx/10 FR. | cx | 7 | 92.00 | 97.70 | 93.89 | |
| Flavenos 500 (Dipirona + Hioscina) 450mg + 50mg cx 60cp | cx | 6 | 36.00 | 36.00 | 43.95 | |

## Cobrança / Títulos

G334221613048622014
22/12/2025 16:26:33

22/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:26:33
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO BRADESCO S.A.
---
23793394159000150002517004414102713040000086000
BENEFICIARIO:
UNIQUE AAA - FUNDO DE INVESTIM
NOME FANTASIA:
UNIQUE AAA - FUNDO DE INVESTIMENTO
CNPJ: 32.388.171/0001-26
BENEFICIARIO FINAL:
PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA D
CNPJ: 30.461.442/0001-04
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.201 |
| DATA DE VENCIMENTO | 23/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 22/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 860,00 |
| VALOR COBRADO | 860,00 |

==========
NR.AUTENTICACAO 1.822.C6E.C5A.4AB.FC8
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**Identificação do emitente**
**CM HOSPITALAR S.A**
AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500
Complemento: GALPAO G300 BL 6a9/15a18
EMPRESARIAL PAINEIRA - JORDANESIA CEP:07775-240
CAJAMAR/SP
Fone: 551144087296

# DANFE

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

**N. 000374125**
**SÉRIE 1**
**FOLHA 01/02**

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**
**3525 1112 4201 6400 0580 5500 1000 3741 2511 7388 9190**

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135253637871782 25/11/2025 18:08:23-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
241035584119

INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.

CNPJ
12.420.164/0005-80

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL: IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA (002932-0001) | CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19 | DT. EMISS. 25/11/2025
ENDEREÇO: R.FERDINANDO FRATIN,335 | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | CEP: 14610-000 | DATA ENTRADA/SAÍDA: 25/11/2025
MUNICIPIO: IPUA | FONE/FAX: 01638321222 | UF: SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL: | HORA ENTRADA/SAÍDA: 18:03:00

**LOCAL ENTREGA**

NOME: IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA | CNPJ/CPF: | INSCRIÇÃO ESTADUAL:
ENDEREÇO: R.FERDINANDO FRATIN,335 - | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | CEP: 14610-000
MUNICIPIO: IPUA | UF: SP | FONE/FAX: 01638321222 | OBS/ENTREGA: TERMO DE FOMENTO N 02 2025

**FATURA**

001
22/12/2025
589,81

**CALCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CALCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CALCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 589,81 | 106,17 | 0,00 | 0,00 | 589,81 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 589,81 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| DFLOG - TRANSPORTES DE CARGAS LTDA | 0-EMITENTE | | | | 12.506.375/0001-07 |

| ENDEREÇO | MUNICIPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| ADE CONJUNTO 27, LOTES 28 E 29 | BRASILIA | DF | |

| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | DIVERSOS | | | 2,6480 | 2,4980 |

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

| COD. PROD | DESCR PROD | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | V.UNITARIO | VLR TOTAL | BC.ICMS | BC.ICMS ST | VLR ICMS | VLR ICMS ST | %ICMS | ALIQ.IPI | Q. LOTE | LOTE PROD. | D.VALID. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 707708 | INTEGRADOR QUIM TP5 VAPOR INTEGR ON PCT 250UN TER RAG IT26C I - TE RRAGENE | 38229000 | 200 | 5102 | CX | 1,0000 | 307,420000 | 307,42 | 307,42 | 0,00 | 55,34 | 0,00 | 18.00% | 0.00% | 1 | B50229 | 30/04/2030 |
| 707709 | INDICADOR QUIM T P2 PCT BOWIE DIC K CHEMDYE FL ALE RT BD125(I) - TE RRAGENE | 38229000 | 200 | 5102 | CX | 1,0000 | 282,390000 | 282,39 | 282,39 | 0,00 | 50,83 | 0,00 | 18.00% | 0.00% | 1 | B40387 | 31/07/2029 |

material

**ISSQN**

| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---|---|---|---|
| 12020 | Recebi e conferi os Material | | |

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MD-5:94DBB831B0F3C67A412EAC4010EC561F
01035849 TERMO DE FOMENTO N 02 2025
Nosso Pedido: 369206
EM CARTEIRA
Atencao: Os pagamentos devem serfeitos somente quando orientados pelos canais oficiais do Grupo Viveo. Nao realizamos cobrancas via chave PIX. Em caso de duvida, contate nosso setor financeiro e-mail

26 / 11 / 25
Ass. Responsável Recebimento

**Pedido: 369206**
**Rep.: 012227**

RESERVADO AO FISCO
Cotação 900

NF-e
Nº 000374125
SÉRIE 1
EMPRESA 001006
000008059109

TICKET

RECEBEMOS DE CM HOSPITALAR S.A. OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA (002932-0001)

Mafra

**Identificação do emitente**

**CM HOSPITALAR S.A**

AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500
Complemento: GALPAO G300 BL 6a9/15a18
EMPRESARIAL PAINEIRA - JORDANESIA CEP:07775-240
CAJAMAR/SP
Fone: 551144087296

# DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA
1

**N. 000374125**
**SÉRIE 1**
**FOLHA 02/02**

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**
**3525 1112 4201 6400 0580 5500 1000 3741 2511 7388 9190**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|---|
| VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS | | 135253637871782 25/11/2025 18:08:23-03:00 |
| **INSCRIÇÃO ESTADUAL** | **INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.** | **CNPJ** |
| 241035584119 | | 12.420.164/0005-80 |

DADOS ADICIONAIS

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
cobranca@viveo.com.br.

**RESERVADO AO FISCO**

**Bradesco** | 237-2 | Comprovante de Entrega

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>CM HOSPITALAR S.A. CNPJ: 12.420.164/0005-80 | Agência/Cód. Beneficiário<br>3376-6/00002856-8 | Nro.Documento<br>000374125 | ( ) Mudou-se<br>( ) Ausente<br>( ) Não existe nº indicado<br>( ) Recusado<br>( ) Não procurado<br>( ) Endereço insuficiente<br>( ) Desconhecido<br>( ) Falecido<br>( ) Outros (anotar no verso) |
| Pagador<br>IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA | Vencimento<br>**22/12/2025** | Valor do Documento<br>**589,81** | |
| Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima. | Data | Assinatura | |
| | Data | Entregador | |

Recibo do Pagador

**Bradesco** | 237-2

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | | | Vencimento<br>**22/12/2025** |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0005-80<br>AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500 - CAJAMAR - SP 07775-240 | | | | | | Agência/Código Beneficiário<br>3376-6/00002856-8 |
| Data do Documento<br>25/11/2025 | Nro.Documento<br>000374125 | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>05/12/2025 | | Nosso Número<br>02/00000615432-5 |
| Uso do Banco | Carteira<br>02 | Espécie<br>R$ | Quantidade | Valor | | Valor do Documento<br>**589,81** |

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 0,00 POR DIA DE ATRASO. PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(S) DEBITOS(S).
Creditos cedidos a Pentagono S.A. Distribuidora de Titulos e Valores Mobiliarios, nos termos
e condicoes do "Instrumento Particular de Cessao Fiduciaria de Recebiveis e Outras Avencas"

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

Pagador
IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA
R.FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
IPUA - SP - 14610000

Código Interno: 002932-0001
CNPJ: 45.708.765/0001-19

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

**Bradesco** | 237-2 | **23793.37609 20000.061547 32000.285604 8 13030000058981**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento<br>Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | | | Vencimento<br>**22/12/2025** |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço<br>CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0005-80<br>AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500 - CAJAMAR - SP 07775-240 | | | | | | Agência/Código do Beneficiário<br>3376-6/00002856-8 |
| Data do Documento<br>25/11/2025 | Nro.Documento<br>000374125 | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>05/12/2025 | | Nosso Número<br>02/00000615432-5 |
| Uso do Banco | Carteira<br>02 | Espécie<br>R$ | Quantidade | Valor | | Valor do Documento<br>**589,81** |

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)
APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 0,00 POR DIA DE ATRASO. PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM O(S) DEBITOS(S).
Creditos cedidos a Pentagono S.A. Distribuidora de Titulos e Valores Mobiliarios, nos termos
e condicoes do "Instrumento Particular de Cessao Fiduciaria de Recebiveis e Outras Avencas"

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

Pagador
IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA
R.FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
IPUA - SP - 14610000

Código Interno: 002932-0001
CNPJ: 45.708.765/0001-19

**Ficha de Compensação**

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

2302025
2302025.

MAFRA®
HOSPITALAR

# CONTRATO DE COMODATO E OUTRAS AVENÇAS

Ausente neste ato qualquer causa de nulidade ou anulabilidade do negócio jurídico, as partes abaixo assinadas e a seguir identificadas optam por celebrar o presente *Contrato de Comodato e Outras Avenças* que se regerá de acordo com as cláusulas e condições:

De um lado, **CM HOSPITALAR S.A.**, sociedade anônima fechada, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o número 12.420.164/0001-57, Inscrição Estadual 582.557.602.11-3, com sede na Rua Avenida Luiz Maggioni, 2.727, Distrito Empresarial, CEP 14.072-055, Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**;

De outro lado, **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**, associação privada, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o número 45.708.765/0001-19, estabelecida na Ferdinando Fratin, 335, Centro, CEP 14.610-000, Município de Ipuã, Estado de São Paulo, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**;

## CLÁUSULA 1ª – OBJETO

1. Através do presente instrumento a **CONTRATADA** se obriga a transferir à **CONTRATANTE**, mediante contraprestação, o seguinte equipamento de sua propriedade, cujo valor perfaz o montante de [redacted].

- **1 (UMA) INCUBADORA LEITORA ATTEST 390.**

## CLÁUSULA 2ª – PRAZO

2. O presente instrumento vigorará pelo período de 2 (dois) anos a partir da data constante da nota fiscal de remessa a ser emitida pela **CONTRATADA**, referida abaixo no item 3.2, podendo ser prorrogado mediante assinatura de novo acordo.

## CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DO BEM

3.1. A **CONTRATADA** disponibilizará o bem à **CONTRATANTE** remetendo ao local indicado por esta última, com todas as suas pertenças e em estado de servir ao uso a que se destina.

3.2. O ato de transferência da posse direta do bem será acompanhado pela emissão da competente nota fiscal de remessa, na qual constarão todas as especificações dos equipamentos transferidos, devendo seu respectivo canhoto ou conhecimento ser assinado pelo competente representante da **CONTRATANTE**. A referida nota fiscal de remessa e o seu respectivo canhoto serão parte integrante, para todos os efeitos legais, do presente contrato.

3.3. A responsabilidade da **CONTRATADA** encerra-se com a transmissão do bem à **CONTRATANTE**, sendo certo que, a partir de então, qualquer responsabilidade em relação ao bem, especialmente, mas sem limitação, quanto ao manejo, estoque, alteração e utilização correrão única e exclusivamente por conta da **CONTRATANTE**.

3.4. Poderão as partes no momento do recebimento do bem transferido, fazer constar, em documento escrito e assinado pelos representantes de ambas as partes, eventuais danos ou avarias identificadas no objeto deste instrumento.

COMERCIAL VISTO GN

MAFRA®
HOSPITALAR

3.5. A **CONTRATANTE** deverá servir-se dos equipamentos com observação estrita do respectivo manual, que seguirá com a entrega do bem e que também ora compõe o presente contrato.

3.6. A **CONTRATANTE** resguardará a **CONTRATADA** de embaraços e turbações de terceiros, que tenham ou pretendam ter direitos sobre o bem, atos de penhora, arresto, seqüestro, arrecadação, ou qualquer outro, comunicando-a prontamente a respeito.

3.7 A manutenção do equipamento objeto do presente contrato, inclusive a troca de peças oriundas do desgaste natural de sua utilização é de total responsabilidade da **CONTRATANTE.**

## CLÁUSULA 4ª – CONTRAPRESTAÇÃO

4.1. A título de contraprestação pela transferência dos equipamentos, a **CONTRATANTE** se compromete a adquirir exclusivamente da **CONTRATADA**, na periodicidade abaixo indicados os seguintes produtos, cujo preço será o praticado no mercado à época da aquisição:

**1)** A cada dois 2 (dois) meses (bimestralmente): PACOTE DESAFIO P VAPOR 3HS(25BIOL+25INTEG) KPCD220-C;

**2)** A cada 6 (seis) meses (semestralmente): INDICADOR QUIMICO P/VAPOR TIPO 5 IT26C CX250;

4.2. Os produtos que forem negociados entre as partes serão faturados mediante emissão de nota fiscal pela **CONTRATADA** em desfavor da **CONTRATANTE**, com vencimento no dia 10, para pagamento em rede bancária através de boletos de cobrança.

4.3. O inadimplemento de qualquer obrigação de pagamento por parte da **CONTRATANTE** implicará o vencimento antecipado de todas as suas obrigações, sujeitando-a a resolução deste contrato, bem como a multa de 10% (dez por cento) sobre o montante devido, juros moratórios na razão mensal de 1% (um por cento), e correção monetária segundo o índice TJSP, além de todas as despesas, custas, taxas e emolumentos necessários para viabilizar o direito da **CONTRATADA** e a devolução imediata do bem objeto da presente minuta.

## CLÁUSULA 5ª DAS DEMAIS PENALIDADES

5.1. O descumprimento contratual pela **CONTRATANTE**, salvo a previsão do item 4.3 da cláusula 4ª, incidirá na multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total da maior operação realizada entre as partes durante a vigência deste instrumento, bem como na devolução imediata do bem objeto deste contrato.

## CLÁUSULA 6ª – RESCISÃO

6.1. Quaisquer das partes poderão dar este contrato por encerrado a qualquer tempo durante o período de vigência ora contratado, sem qualquer ônus, multa ou perdas e danos, desde que manifeste sua intenção por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, lapso durante o qual as partes permanecerão vinculadas ao cumprimento das obrigações até então assumidas.

6.2. Havendo o término do acordo, de forma motivada ou imotivada, a **CONTRATANTE**, a critério da **CONTRATADA**, deverá disponibilizar o bem cedido, no prazo de 48 (horas) após o recebimento de requerimento escrito, elaborado pela **CONTRATADA**, em perfeito estado de conservação e funcionamento.

6.3. O objeto do presente contrato será retirado pela **CONTRATADA** no mesmo local onde o bem foi entregue à **CONTRATANTE** no início de vigência do contrato, momento em que a **CONTRATANTE** deverá emitir a competente nota fiscal ou declaração de devolução, que, registrada com a assinatura do representante da **CONTRATADA**, consubstanciando o final da avença.

CONFERE COM O ORIGINAL
VISTO

MAFRA® HOSPITALAR

6.4. Caso o equipamento não seja devolvido pela **CONTRATANTE** a **CONTRATADA**, ou caso o bem não seja devolvido com todos os seus pertences, ou caso o bem não se encontre em perfeito estado de funcionamento, salvo desgaste natural do uso, a **CONTRATANTE** estará sujeita ao pagamento de multa diária no valor correspondente a última contraprestação adimplida, dividida por 30 (trinta), além da multa de 10% (dez por cento) sobre o montante devido, juros moratórios na razão mensal de 1% (um por cento), e correção monetária segundo o índice TJSP, além de todas as despesas, custas, taxas e emolumentos necessários para viabilizar o direito da **CONTRATADA**, sem prejuízo de demais perdas e danos eventualmente supervenientes.

6.5. A **CONTRATANTE** renuncia ao direito de retenção sobre o equipamento cedido bem como a qualquer indenização decorrente do fim do acordo.

6.6. Na hipótese da **CONTRATADA** optar pela não devolução do bem objeto do presente contrato, em momento oportuno será confeccionado o respectivo termo de doação do bem.

## CLÁUSULA 7ª – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA

7.1. As partes declaram, para todos os efeitos, a total desvinculação e independência de seus negócios, sendo certo que em nenhum momento poderão alegar qualquer vinculação de ordem societária ou administrativa, comprometendo-se, única e exclusivamente, com a relação comercial ora regulada, ou seja, além do fornecimento de produtos ora regulado, não se estabelece, nem se estabelecerá, entre as partes contratantes, por força deste contrato, qualquer forma de sociedade, associação, parceria, consórcio ou responsabilidade solidária.

7.2. Fica, ainda, assegurado à parte prejudicada o direito de regresso contra a outra parte, caso aquela venha a responder, isolada ou conjuntamente, por alguma condenação administrativa, judicial ou extrajudicial, advinda do presente instrumento, cuja responsabilidade tenha sido assumida por esta última.

## CLÁUSULA 8ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. A **CONTRATANTE** declara-se, para os devidos fins, legal e tecnicamente habilitada para o correto manejo e utilização do equipamento cedido, com o preenchimento de todos os requisitos legais para tanto.

8.2. É vedado à **CONTRATANTE** ceder, sublocar ou transferir, de qualquer modo, o bem sem o consentimento escrito da **CONTRATADA**.

8.3. A **CONTRATADA** terá o direito de vistoriar a correta utilização, manutenção e conservação do bem sempre que desejar, desde que agendado previamente, com antecedência mínima de 48h, junto a **CONTRATANTE.**

8.4. A necessidade da realização de outros ajustes que não estejam previstos nesse instrumento, bem como de alterações das condições do pacto, ensejará entendimentos formalizados por escrito, aditando-se o presente.

8.5. O não exercício de qualquer direito pelas partes não poderá ser interpretado como renúncia ao mesmo, não podendo os precedentes ser invocados como novação tácita.

8.6. Aplica-se subsidiariamente ao presente instrumento jurídico as regras constantes da Lei 10.406/02 (Código Civil Brasileiro).

COMERC VISTO GIL

MAFRA®
HOSPITALAR

8.7. Fica eleito o foro da Comarca de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, para dirimir eventuais questões relativas ou decorrentes deste acordo, com expressa renúncia de quaisquer outros, por mais privilegiados que o sejam.

E, por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de iguais teor e forma, na presença das testemunhas seguintes que a tudo presenciam.

Ribeirão Preto/SP, 19 de abril de 2019.

Leonardo Almeida Byrro
Diretor Presidente
CPF: 269.275.368-25

**CM HOSPITALAR S.A.**
LEONARDO ALMEIDA BYRRO
CPF: 269.275.368-25

*LÚCIO FLÁVIO BUENO*
*Diretor de Operações*
*CPF 855.987.046-68*

**CM HOSPITALAR S.A.**
LÚCIO FLÁVIO BUENO
CPF: 855.987.046-68

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ**
Representante Legal: Santo Olivatto
CPF: 744 653 768-04

Testemunha 1
Nome: Raimara Maria da Silva
CPF: 622.771.031-87

Testemunha 2
Nome: Luciene de O. e Souza
CPF: 383.548.108-43

COMERCIAL
VISTO

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 25 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | CM Hospitalar | | | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (16)2101-9400 | TELEFONE: | TELEFONE: | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Daniele | CONTATO: | CONTATO: | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| 1- Integrador químico TP5 va- | cx | 1 | 307,42 | | | |
| por interp. PCT 250 un. Invaglene | | | | | | |
| 2- Indicador quim. tp2 pact | cx | 1 | 282.39 | | | |
| Bowie Dick - Invaglene | | | | | | |
| | | | | | | |
| obs: os materiais acima não tem as cotações necessárias porque a entidade possui contrato de comodato com CM Hospitalar para a compra dos mesmos. | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

G334221613048622015
22/12/2025 16:27:48

## Cobrança / Títulos

22/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:27:49
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO BRADESCO S.A.
---
23793376092000006154732000285604813030000058981
BENEFICIARIO:
CM HOSPITALAR SA
NOME FANTASIA:
CM HOSPITALAR SA
CNPJ: 12.420.164/0001-57
BENEFICIARIO FINAL:
CM HOSPITALAR SA
CNPJ: 12.420.164/0001-57
PAGADOR:
IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.202 |
| DATA DE VENCIMENTO | 22/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 22/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 589,81 |
| VALOR COBRADO | 589,81 |

==========
NR.AUTENTICACAO A.EBA.069.BB7.73F.51E
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**FUTURA**

www.futuramedicamentos.com.br

**Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA**

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira

Cep: 18271-210 Tatuí/SP

Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3500-9398

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 2 **1**

**No. 266.237**

**SÉRIE: 0**

Página 1 de 2

*Chave de Acesso da NF-e*
35251108231734000193550000002662371002881935

*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*
135253638240516 2025-11-25T18:47:17-03:

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

| *Inscrição Estadual* | *Inscrição Estadual do Subst. Tributário* | *CNPJ* |
|---|---|---|
| **687.161.985.111** | | **08.231.734/0001-93** |

***CONTATO DIRETO***
***SAC FUTURA***

## *DESTINATÁRIO/REMETENTE*

| *Nome/Razão Social* | *CNPJ/CPF* | *Data da Emissão* |
|---|---|---|
| 2.576 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 25/11/2025 |

| *Endereço* | *Bairro/Distrito* | *Cep* | *Data de Saída/Entrada* |
|---|---|---|---|
| RUA FERDINANDO FRATIN 335 | CENTRO | 14610-000 | 25/11/2025 |

| *Município* | *Fone/Fax* | *UF* | *Inscrição Estadual* | *Hora de Saída* |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | (16)038321222 | SP | ISENTO | |

## *INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA*

| *Razão Social* | *CNPJ* | *Inscrição Estadual* |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | ISENTO |

| *Endereço* | *Número* | *Bairro* | *CEP* | *Cidade* | *UF* |
|---|---|---|---|---|---|
| RUA FERDINANDO FRATIN | 335 | CENTRO | 14610-000 | IPUA | SP |

## *FATURA*

Dupl. : 266.237/ 1 Valor : 681,96 Vencto. 23/12/2025

## *CÁLCULO DO IMPOSTO*

| *Base de Calculo de ICMS* | *Valor do ICMS* | *Base de Cálculo de ICMS Sub* | *Valor do ICMS Sub* | *Valor Total dos Produtos* |
|---|---|---|---|---|
| 681,96 | 114,01 | 0,00 | 0,00 | 681,96 |

| *Valor do Frete* | *Valor do Seguro* | *Desconto / ICMS Desonerado* | *Outras despesas* | *Valor do IPI* | *Valor Total da Nota* |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 681,96 |

## *TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS*

| *Razão Social* | *Frete por Conta* (1 - emitente / 2 - destinatário) | *Código ANTT* | *Placa do veículo* | *UF* | *CNPJ/CPF* |
|---|---|---|---|---|---|
| PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR | 1 | | | | 12.270.745/0004-00 |

| *Endereço* | *Município* | *UF* | *Inscrição Estadual* |
|---|---|---|---|
| ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM | SUMARE | SP | 671495090114 |

| *Quantidade* | *Espécie* | *Marca* | *Numeração* | *Peso Bruto* | *Peso Líquido* |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | CAIXAS | | | 3,100 | 3,100 |

## *DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO*

| Produto / Serviço | Descrição do Produto/Serviço | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR.UNIT. | VLR.TOTAL | BC.ICMS | VLR.ICMS | VLR.IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 569543 | FENTANILA 50MCG/ML AMP 10ML C/50 "GENERICO" (A1) HIPOLABOR<br>Lote : AS-068/25M Val. 30/06/2027 | 30049099 | 000 | 5102 | CX | 1,00<br>1,00 | 135,601600 | 135,60 | 135,60 | 16,27 | | 12,0 | |
| 573117 | CIPROFLOXACINO 500MG CMP REV CX C/14 CP "GENERICO" HYPERA/NEO QUIMICA<br>Lote : B24J0767 Val. 23/09/2026 | 30049067 | 000 | 5102 | CX | 5,00<br>5,00 | 2,018800 | 10,09<br>10.10 | 10,09 | 1,21 | | 12,0 | |
| 573145 | METOPROLOL 25MG CMP REV CX C/30 "DOZOITO" BIOLAB<br>Lote : C2506837 Val. 29/02/2028 | 30049039 | 000 | 5102 | CX | 10,00<br>10,00 | 9,066000 | 90,66 | 90,66 | 16,32 | | 18,0 | |
| 575264 | FILTRO BACTERIANO VIRAL HMEF ADULTO C/TRAQUEIA 48H C/1 UN TIVA<br>Lote : 240315 Val. 01/02/2029 | 90192010 | 000 | 5102 | UND | 100,00<br>100,00 | 3,942300 | 394,23 | 394,23 | 70,96 | | 18,0 | |
| 575593 | TERMOMETRO CLINICO DIGITAL CEPALAB<br>Lote : 20241119 Val. 01/12/2035 | 90251990 | 000 | 5102 | UND | 5,00<br>5,00 | 10,276500 | 51,38 | 51,38 | 9,25 | | 18,0 | |

cotação 908

266237

Recebemos de Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda (08.231.734/0001-93) os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado

**NF-e**
No. 266.237

Data de recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

**SÉRIE: 0**

FUTURA

**www.futuramedicamentos.com.br**

**Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA**

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira

Cep: 18271-210 Tatuí/SP

Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3500-9398

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 2

1

**No. 266.237**

**SÉRIE: 0**

Página 2 de 2

*Chave de Acesso da NF-e*

35251108231734000193550000002662371002881935

*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*

135253638240516 2025-11-25T18:47:17-03:

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

| *Inscrição Estadual* | *Inscrição Estadual do Subst. Tributário* | *CNPJ* |
|---|---|---|
| **687.161.985.111** | | **08.231.734/0001-93** |

***CONTATO DIRETO***
***SAC FUTURA***

Recebi e conferi os Mater ai
03 / / 

Ass. Respo..sável Recebimento

***CÁLCULO DO ISSQN***

| *Inscrição Municipal* | *Valor Total dos Serviços* | *Base de Cálculo do ISSQN* | *Valor do ISSQN* |
|---|---|---|---|
| | | | |

***DADOS ADICIONAIS***

*Informações Complementares*

REG.:Ribeirão Preto N/P.304.720

TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025 Empresa sob regime especial de Distribuidor Hospitalar, conforme Portaria CAT 116/2017 Conferir no ato da entrega. Reclamações após o prazo de 24 horas não serão aceitas. Em caso de divergências, registrar data e hora do recebimento no canhoto e no conhecimento. Termolábeis: devolução somente no ato.

*Reservado ao FISCO*

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 25 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Futura C.P. Med. | Lumar | Dimaster | Medicamental |
| | | | TELEFONE: (16) 3251.9494 | TELEFONE: (16) 3721.1102 | TELEFONE: (34) 3523.2000 | TELEFONE: (16) 3505.4900 |
| | | | CONTATO: Leandro | CONTATO: Selma | CONTATO: Paulo | CONTATO: Renata |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| 1- fentanila 50mcg/ml amp. 10ml c/50 | cx | 1 | 135.60 | 175.00 | — | — |
| 2- ciprofloxacino 500 mg cmp rev. cx c/14 | cx | 5 | 2.0188 | 2.94 | 2.94 | — |
| 3- metropolol 25 mg cmp cx c/30 | cx | 10 | 9.066 | 17.19 | — | 12.30 |
| 4- filtro bacteriano viral HMEF adulto c/traquéia | un | 100 | 3.9423 | — | 4.72 | — |
| 5- termômetro clínico digital | un | 5 | 10.2765 | 10.50 | — | — |
| | | | Dimabrás | Precision Hosp. | ADL Leg. Hospit. | |
| | | | (16) 3519.3170 | (16) 3236.9010 | (34) 3221.5300 | |
| | | | Guilherme | Maurílio | Sandra | |
| 1- fentanila 50mcg/ml amp. 10ml | cx | 1 | — | 155.00 | — | |
| 4- filtro bacteriano viral HMEF adulto c/traquéia | un | 100 | — | — | 4.50 | |
| 5- termômetro clínico digital | un | 5 | 14.00 | — | — | |

**BANCO ITAU** **341-7**

| Beneficiário | Vencimento | Valor Do Documento |
|---|---|---|
| FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.LTD/ 08.231.734/0001-93<br>RUA DR GUALTER NUNES 100<br>CHACARA JUNQUEIRA<br>TATUI SP 18271-210 | 23/12/2025 | 681,96 |
| | (+) Outros Acréscimos | (+) Mora/Multa |
| | (-) Desconto/Abatimento | (-) Outras Deduções |
| Instrução (texto de responsabilidade do beneficiário)<br>APOS VENCIMENTO COBRAR 0,20 POR DIA DE ATRASO<br>APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2%<br>SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO | Data Emissão<br>25/11/2025 | (=) Valor Cobrado |
| | Agencia / Conta<br>4522 400771 | |
| | Nosso Número<br>109/00412739-7 | |

**Dados Do Pagador**

| Nome Do Pagador | | Número Documento |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | | 266237/1 |
| Endereço<br>RUA FERDINANDO FRATIN 335 | | |
| Bairro/Distrito<br>CENTRO | | |
| Município<br>IPUA | Estado<br>SP | Cep<br>45.708.765/0001-19 |
| Mensagem Pagador | | |

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

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

---

**BANCO ITAU** | **341 - 7** | **34191.09008 41273.974521 24007.710007 1 13040000068196**

| Local de pagamento | | | | | Vencimento |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGAVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSACAO | | | | | 23/12/2025 |
| Cedente<br>FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.LTDA 08.231.734/0001-93 | | | | | Agencia / Conta<br>4522 / 400771 |
| Data Documento<br>25/11/2025 | N Documento<br>266237/1 | Espécie<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>25/11/2025 | Nosso número<br>109/00412739-7 |
| Uso Do Banco | Carteira<br>109 | Espécie<br>R$ | Quantidade<br>0,00 | Valor | Valor documento<br>681,96 |
| Instrução (texto de responsabilidade do beneficiário)<br>APOS VENCIMENTO COBRAR 0,20 POR DIA DE ATRASO<br>APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2%<br>SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO | | | | | (-) Desconto /Abatimento<br>(-) Outras deduções<br>(+) Mora / Multa<br>(+) Outros acréscimos<br>(=) Valor Cobrado |
| Sacado<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE 45.708.765/0001-19<br>RUA FERDINANDO FRATIN 335<br>CENTRO<br>IPUA SP 45.708.765/0001-19<br>Beneficiario final | | | | | |

2302025

## Cobrança / Títulos

G334221613048622017
22/12/2025 16:30:33

22/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:30:34
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.
---
34191090084127397452124007710007113040000068196
BENEFICIARIO:
FUTURA COM PROD MEDICOS
NOME FANTASIA:
FUTURA COM PROD MEDICOS
CNPJ: 08.231.734/0001-93
BENEFICIARIO FINAL:
FUTURA COM PROD MEDICOS
CNPJ: 08.231.734/0001-93
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.203 |
| DATA DE VENCIMENTO | 23/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 22/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 681,96 |
| VALOR COBRADO | 681,96 |

==========
NR.AUTENTICACAO 6.C97.70D.715.BFF.F82
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP**

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623
MONTE ALEGRE
RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14.051-150
Fone: (16) 3963-2829

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
1

**No:** 076.613
**Série:** 1 **FL:** 1 /1

CONTROLE DO FISCO

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | | | CHAVE DE ACESSO DA NF -e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR |
|---|---|---|---|
| Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros | | | 3525.1102.7369.5100.0159.5500.1000.0766.1315.9747.5158 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ | Protocolo de autorização |
| 582475777112 | | 02.736.951/0001-59 | 135253633760499 - 25/11/2025 13:38:41 |

**DESTINATÁRIO REMETENTE**

| NOME RAZÃO SOCIAL | | | CNPJ/CPF | DATA EMISSÃO |
|---|---|---|---|---|
| IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA | | | 45.708.765/0001-19 | 25/11/2025 |
| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | | CEP | DATA DA SAIDA |
| RUA FERDINANDO FRANTIN,335 | CENTRO | | 14.610-029 | 25/11/2025 |
| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAIDA |
| IPUA | (16) 3832-1222 | SP | | |

**FATURA**

**001 R$ 558,20 25/12/2025 |**

**CALCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 558,20 | 100,48 | 0,00 | 0,00 | 558,20 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 558,20 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA BRAS.DE CORREIOS E TELEGRAFOS | 1 - EMITENTE 2 - DESTINATARIO: 1 | | | SP | 34.028.316/0126-24 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| AV.PROFESSOR DR.ZEFERINO.S/N | RIBEIRAO PRETO | SP | 209263344110 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UND | QTDE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B. CÁLCULO ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1734 | TIRAS REAGENTES G-TECH VITA CX C/50 G-TECH<br>Validade: 04/03/2027 Lote: HZC05H1D1 | 38221920 | 000 | 5102 | UN | 500 | 0,9000 | 450,00 | 450,00 | 81,00 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 1266 | LANCETA SEGURANCA 28G C/100 G-TECH<br>Validade: 14/09/2029 Lote: 362401 | 90183999 | 000 | 5102 | UN | 500 | 0,0100 | 5,00 | 5,00 | 0,90 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 161 | NYLON 5-0 MT15 POINT SUTURE<br>Validade: 01/07/2030 Lote: NP514M/25071 | 30061020 | 000 | 5102 | EV | 24 | 4,3000 | 103,20 | 103,20 | 18,58 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

Licitação 903

Recebi e conferi os Materiais
26 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
|---|---|
| termo de fomento n 02/2025<br>NCM:30061020-REDUCAO A 0% DE PIS E COFINS CONFORME DECRETO 6426/08 | |

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado.
Emissão: 25/11/2025 Destinatário: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA Valor Total: 558,20

| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | NF-e No: 076.613 SÉRIE: 1 FL: 1 /1 |
|---|---|---|
| | | |

**BANCO DO BRASIL** | **001-9** | Comprovante de Entrega

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736. | | Agencia / Codigo Beneficiário<br>6504-8/1062-6 | **Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)**<br>[ ] Mudou-se [ ] Ausente [ ] Não existe nº. indicado<br>[ ] Recusado [ ] Não procurado [ ] Endereço insuficiente<br>[ ] Desconhecido [ ] Falecido [ ] Outros (anotar no verso) |
| Pagador<br>**IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117** | | Nosso Número<br>28439230000047314 | |
| Vencimento<br>**25/12/2025** | Número do Documento<br>**076613/1** | Espécie<br>**R$** | Valor do Documento<br>**558,20** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Recebemos o Titulo<br>**com as características acima** | Data | Assinatura | Data | Assinatura |

Local de Pagamento
**PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO**

Data do Processamento
**25/11/2025**

---

**BANCO DO BRASIL** | **001-9** | Recibo do Pagador

Local de Pagamento
PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento
**25/12/2025**

BeneficiárioCIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, , / Fone:

Agência / Código Beneficiário
6504-8/1062-6

| Data do Documento | Numero do Documento | Especie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 25/11/2025 | 076613/1 | DM | N | 25/11/2025 | 28439230000047314 |

| Uso do Banco | Carteira | Especie | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 17/035 | R$ | | | **558,20** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 1,12 por dia de atraso para pagamento .

( - ) Desconto
( - ) Outras Deducoes / Abatimento
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117
RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO, IPUA / SP - 14610029

CPF / CNPJ
45.708.765/0001-19

Beneficiário
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

---

**BANCO DO BRASIL** | **001-9** | 00190.00009 02843.923000 00047.314174 9 1306000005582(

Local de Pagamento
PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento
**25/12/2025**

BeneficiárioCIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59
RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, , / Fone:

Agência / Código Beneficiário
6504-8/1062-6

| Data do Documento | Número do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 25/11/2025 | 076613/1 | DM | N | 25/11/2025 | 28439230000047314 |

| Uso do Banco | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 17/035 | R$ | | | **558,20** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 1,12 por dia de atraso para pagamento .

( - ) Desconto
( - ) Outras Deducoes / Abatimento
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117
RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO, IPUA / SP - 14610029

CPF / CNPJ
45.708.765/0001-19

Beneficiário
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

23 0 2025

Point Suture do Brasil
Indústria de Fios Cirúrgicos

Fortaleza, 18 de junho de 2025.

**TERMO DE CREDENCIAMENTO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO**

**Pelo presente instrumento particular, a empresa POINT SUTURE DO BRASIL INNDUSTRIA DE FIOS CIRURGICOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 12.340.717/0001-61, com sede à Rua Moacir 435, Barra do Ceará – Fortaleza/CE, neste ato representada por seu representante legal Antonia Amanda Camelo Brígido, doravante denominada simplesmente **CREDENCIANTE**, **credencia** a empresa abaixo qualificada como **DISTRIBUIDORA AUTORIZADA** de seus produtos:

**Razão Social da Distribuidora:** Cirúrgica Ribeirão Preto Ltda.
**CNPJ:** 02.736.951/0001-59
**Endereço:** R. MARQUES DA CRUZ
**Representante legal:** Wilson Marques da Silva
**Telefone/E-mail:** wilsoncrp@gmail.com e (16) 3963-1602

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente termo tem por objeto o **credenciamento da DISTRIBUIDORA** acima qualificada para comercialização, representação e distribuição dos produtos fabricados e/ou comercializados pela POINT SUTURE, com destaque para os **fios de sutura Catcromo, Catpoint, Nylpoint, Cottpoint, Poliesterpoint, polipropypoint, Steepoint, Oxanonapoint, Monosorbpoint, Vicpoint, Vicpoint Plus, Surgisorbpoint**, nos termos das normas técnicas e sanitárias vigentes.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

**A DISTRIBUIDORA se compromete a:**

- Comercializar os produtos da CREDENCIANTE com ética, transparência e dentro das normativas legais;
- Observar e respeitar a regulamentação sanitária aplicável aos produtos médico-hospitalares;
- Manter a rastreabilidade dos produtos distribuídos;
- Prestar suporte técnico-comercial aos seus clientes, quando solicitado.

**A CREDENCIANTE se compromete a:**

- Fornecer produtos regularizados junto à ANVISA, com certificações e registros exigidos;
- Apoiar a DISTRIBUIDORA com materiais técnicos, catálogos, amostras e treinamentos, sempre que possível;
- Manter a DISTRIBUIDORA atualizada sobre quaisquer alterações em seus produtos ou documentação.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA**

O presente credenciamento tem validade de **12 (doze) meses**, contados a partir da data de assinatura, podendo ser renovado por iguais períodos mediante manifestação expressa de ambas as partes.

Point Suture do Brasil
Indústria de Fios Cirúrgicos

**CLÁUSULA QUARTA – DA RESCISÃO**

O presente termo poderá ser rescindido a qualquer momento por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com antecedência mínima de **30 (trinta) dias**, sem que isso gere ônus ou indenizações de qualquer natureza.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- Este credenciamento **não estabelece vínculo empregatício ou societário** entre as partes;
- Fica vedada a utilização da marca POINT SUTURE de forma indevida, sem prévia autorização;
- As partes elegem o foro da comarca de Fortaleza/CE da Point Suture para dirimir quaisquer questões oriundas deste instrumento.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em duas vias de igual teor e forma.

**POINT SUTURE DO BRASIL LTDA**

ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300

Assinado de forma digital por ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=VideoConferencia, ou=07267479000176, ou=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e-CPF A3, ou=(em branco), cn=ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300
Dados: 2025.06.18 13:32:11 -03'00'

Nome: ANTONIA AMANDA CAMELO BRIGIDO
Cargo: GERENTE COMERCIAL

**CIRÚRGICA RIBEIRÃO PRETO LTDA.**

Nome: WILSON MARQUES DA SILVA
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL

Cirúrgica Ribeirão Preto

Termo de contrato que formam entre si a CIRÚRGICA RIBEIRÃO PRETO LTDA , INSCRITA NO CNPJ SOB O NR 02.736.951/0001-59 E INSCRIÇÃO ESTUDUAL SOB O NR 582.475.777.112, SITO A RUA MARQUES DA CRUZ 1623, MONTE ALEGRE - RIBEIRÃO PRETO - SP, NESTE ATO DENOMINADO PELO SEU SÓCIO GERENTE WÍLSON ROGÉRI MARQUES DA SILVA RG 19.976.098 E CPF 099.834.828-78, E COMO CLIENTE A IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ, INSCRITA NO CNPJ SOB O NR 45.708.765/0001-19, SITO A RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO - IPUÃ - SP, PARA FORNECIMENTO DE TIRAS PARA GLICOSÍMETRO COM LANÇETAS DE SEGURANÇA CONFORMA NR-32.

Em 07 (sete) do mês de junho de 2021, na sede da Cirúrgica Ribeirão Preto Ltda, doravante designada como CONTRATADA, e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, doravante denominada CONTRATNTE, foi justo e contratado o que segue abaixo:

CLAUSULA I - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

1. Fornecimento de aparelho (glicosímetro) em comodato , sem custo por parte da contratante.

2. Fornecimento de lancetas no valor simbólico de R$ 0,01 a unidade, sendo 1 unidade para cada 1 unidade de tira neste ato ao valor de R$0,90 para glicosímetro.

3. No caso de aparelho danificado a contratada fará a substituição do mesmo sem custo para a contratante.

CLAUSULA II - CONTRATANTE

1. Passar o pedido das tiras com prazo de 02 dias para entrega.

2. Zelar pela guarda dos aparelhos e informar a contratada no caso de substituição com prazo de 05 dias.

E, por estarem assim, justas e contratadas, as partes firmam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e valor, na presença das testemunhas que também abaixo assinam.

02 736 951/0001-59
CIRÚRGICA RIBEIRÃO PRETO
LTDA - ME
RUA MARQUES DA CRUZ, N.º 1623
MONTE ALEGRE - CEP 14051-150
RIBEIRÃO PRETO - SP

CRP

Cirúrgica Ribeirão Preto

Wilson Rogério Marques da Silva
Responsável pela Empresa

Cirúrgica Ribeirão Preto Ltda. - EPP

02 736 951/0001-59

CIRÚRGICA RIBEIRÃO PRETO
LTDA. - EPP

RUA MARQUES DA CRUZ, Nº 1023
MONTE ALEGRE - CEP 14051-150
RIBEIRÃO PRETO - SP

A IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ,

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 25 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Cirúrgica Rib. Preto | | | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (16) 3963 2829 | TELEFONE: | TELEFONE: | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Marcos | CONTATO: | CONTATO: | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| 1. Lâmas reagentes G-Tech | un | 500 | 0.90 | | | |
| 2. Lancetas segurança 28G | un | 500 | 0.01 | | | |
| 3. nylon 5.0 MT 15 Point Suture | FV | 24 | 4,30 | | | |
| | | | | | | |
| obs: os itens nº 1 e 2 não tem as cotações necessárias porque a entidade possui contrato de comodato | | | | | | |
| com a Cirúrgica Rib. Preto para a compra dos mesmos. o item nº 3 não tem as cotações necessárias porque | | | | | | |
| são padronizados pela entidade e a Cirúrgica Ribeirão Preto é distribuidora credenciada para a | | | | | | |
| venda dos fios cirúrgicos Point Suture conforme termo de credenciamento em anexo | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

G334221613048622017
22/12/2025 16:31:33

## Cobrança / Títulos

22/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:31:34
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BANCO DO BRASIL
---
00190000090284392300000047314174913060000055820
BENEFICIARIO:
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA
NOME FANTASIA:
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA ME
CNPJ: 02.736.951/0001-59
PAGADOR:
IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPU
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.204 |
| NOSSO NUMERO | 28439230000047314 |
| CONVENIO | 02843923 |
| DATA DE VENCIMENTO | 25/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 22/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 558,20 |
| VALOR COBRADO | 558,20 |

==========
NR.AUTENTICACAO F.89A.9A0.EFB.085.436
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
RUA PAULO DE FRONTIM Nº, 025
VILA VIRGINIA - 14030-430
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635193170

# DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.162.499**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1156 0814 8200 0106 5500 1000 1624 9910 0346 8893**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **135253637353379 - 25/11/2025 17:30:33** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **582196195118** | | **56.081.482/0001-06** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **25/11/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 25/12/2025 |
| Valor | R$ 293,20 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 171,05 | 20,53 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 293,20 |
| **VALOR DO FRETE** | **VALOR DO SEGURO** | **DESCONTO** | **OUTRAS DESPESAS** | **VALOR TOTAL IPI** | **VALOR IMPORTAÇÃO** | **TOTAL DA NOTA** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 293,20 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| **MOVIMENTE EXPRESS** | **0-Remetente** | | | | **34.922.709/0002-47** |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **VIA ANHANGÜERA,320** | **RIBEIRÃO PRETO** | **SP** | **797530195111** |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 32 | Volumes | | | 197,000 | |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 656 | GLICOFISIOLOGICO 1000ML BOLSA PVC/JP S+ Lote: 325225 Qt: 40 Val: 06/09/27 | 30049099 | 020 | 5102 | BO | 40 | 7,3300 | 293,20 | 171,05 | 20,53 | | | 12,00 | |

Coleção 897

Recebi e conferi os Mater ai
26 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo sável Recebimento

medicamento

DADOS ADICIONAIS

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Inf. Contribuinte:
COT EMAIL
MOV. 346889
TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025
S-7
Vendedor: 11-TELEVENDAS Id Mov: 346889
BANCO ITAU - AG.0865 C/C. 99799-3
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 39,44 Estadual: R$ 35,18 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) PIS E COFINS,ALIQ ZERO LEI 10.147/00 - MONOFÁSICO
RED. BASE DE CALCULO ICMS - CONF DECRETO 58.895 DE 21.03.2013

**RESERVADO AO FISCO**

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25

Cep:14030-430 – RIBEIRAO PRETO – SP

Fone:(16)3519-3170

Fone: 56.081.482/0001-06

Banco Itaú S.A.

**RECIBO DO PAGADOR**

| Beneficiário: | Agência/Cod.Beneficiário | Data do Documento | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA** | **0865/99799-3** | **25/11/2025** | **25/12/2025** |
| Pagador:<br>IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229)<br>RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO<br>14610-000 - IPUA-SP | Número Documento:<br>162499-01 | Nosso Número:<br>00046292 | Valor do Documento:<br>**293,20** |

**Autenticação Mecânica**

Banco Itaú S.A. | **341-0** | **34191.09008 04629.210867 59979.930001 8 13060000029320**

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento:<br>**PAGAVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGENCIA ITAÚ** | Vencimento<br>**25/12/2025** |
| Beneficiário<br>**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 56.081.482/0001-06** | Agência/Cód.Beneficiário<br>**0865/99799-3** |
| Endereço<br>**RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25 - 14030-430-RIBEIRAO PRETO-SP** | |

| Data do documento: | No. do documento | Espécie doc. | Aceite | Data Processamento | Cart./Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| **25/11/2025** | **162499-01** | **DM** | **N** | **25/11/2025** | **109/00046292-1** |

| Uso do Banco | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | **109** | **R$** | | | **293,20** |

| **Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)** | |
|---|---|
| PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,98 AO DIA | (-) Descontos/Abatimento |
| | (-) Outras Deduções |
| | (+) Mora/Multa |
| | (+) Outros Acréscimos |
| | (=) Valor Cobrado |

IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229)
RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUA-SP
45.708.765/0001-19

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)

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

| Data | Entregador | |
|---|---|---|
| Recebi(emos) o bloqueto | Data | Assinatura |

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 25 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Dimebrás | Dimaster | C.M. Hospitalar | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE (16) 3519-3170 | TELEFONE (51) 3523-2600 | TELEFONE (16) 2101-9400 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Guilherme | CONTATO: Paulo | CONTATO: Daniele | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| Glicofisiológico 1000 ml, bolsa PVC | Bo | 40 | 7.33 | 7.90 | 10.28 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

G335231412433945011
23/12/2025 14:25:31

## Pagar com código de barras (versão antiga)

23/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:25:32
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.
---
34191090080462921086759979930001813060000029320
BENEFICIARIO:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
NOME FANTASIA:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
PAGADOR:
IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORD
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.302 |
| DATA DE VENCIMENTO | 25/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 23/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 293,20 |
| VALOR COBRADO | 293,20 |

==========
NR.AUTENTICACAO 4.05A.C76.C30.560.359
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Precision Hospitalar

**PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA**
RUA ANGELA BERBEL PAGANO, 006
JARDIM ALVORADA - 14140-000
CRAVINHOS - SP Fone/Fax: 1632369010
www.precisionhospitalar.com.br

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.078.424**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1130 4614 4200 0104 5500 1000 0784 2410 2073 7351**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **135253666249264 - 27/11/2025 12:59:47** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **279094018110** | | **30.461.442/0001-04** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **27/11/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 25/12/2025 |
| Valor | R$ 674,00 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 430,78 | 60,98 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 674,00 |
| **VALOR DO FRETE** | **VALOR DO SEGURO** | **DESCONTO** | **OUTRAS DESPESAS** | **VALOR TOTAL IPI** | **VALOR IMPORTAÇÃO** | **TOTAL DA NOTA** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 674,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI | 0-Remetente | | | | 12.270.745/0004-00 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200** | **SUMARE** | **SP** | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Volumes | | | 1,139 | 1,139 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16314 | BROMETO DE ROCURONIO 50MG/5ML SOL INJ CX/10 FR-AMP (IV)/VOLPHARMA G+ Lote: A0830104 Qt: 3 Val: 31/07/27 | 30049079 | 200 | 5102 | CX | 3 | 92,0000 | 276,00 | 276,00 | 33,12 | | | 12,00 | |
| 4535 | DOCLAXIN (AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO) 1G + 200MG PO INJ CX/20 FR-AMP (IV)/BLAU S+ Lote: 25072508 Qt: 2 Val: 31/07/27 FCI:366320D6-CA9D-456D-978A-9B073CAA7C36 | 30049099 | 520 | 5102 | CX | 2 | 199,0000 | 398,00 | 154,78 | 27,86 | | | 18,00 | |

Cotação 895

Recebi e conferi os Mater ai
28 / 11 / 25
Jacqueline
Ass. Respo sável Recebimento

medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
Inf. Contribuinte:
TERMO DE FOMENTO 02/25
Vendedor: 38-ISABEL AGUIAR Id Ped: 2073598
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 98,82 Estadual: R$ 80,88 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) Red Base Calculo conforme Anexo II, Artigo 3°, RICMS-SP

**RESERVADO AO FISCO**

5691

*Impresso em 27/11/2025 as 13:00:18*

www.geweb.com.br

2302025

**Bradesco** **RECIBO DO PAGADOR**

| Beneficiário: | Agência/Cod.Beneficiário | Data do Documento | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **Unique Aaa Fundo De Investimento Em Direitos Creditórios** | **3394/0044141-4** | **27/11/2025** | **25/12/2025** |
| Pagador: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (2751)**<br>**RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO**<br>**14610-000 - IPUA-SP** | Número Documento:<br>**78424-01** | Nosso Número:<br>**00015000260** | Valor:<br>**674,00** |

**Autenticação Mecânica**

---

**Bradesco** | **237-2** | **23793.39415 90001.500025 60004.414102 6 13060000067400**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento:<br>**Pagável Preferencialmente nas agências do Banco Bradesco S/A** | | | | | Vencimento<br>**25/12/2025** |
| Beneficiário<br>**Unique Aaa Fundo De Investimento Em Direitos Creditórios- - 32.388.171/0001-26** | | | | | Agência/Código Beneficiário<br>**3394/0044141-4** |
| Endereço Beneficiário<br>**Av. Brigadeiro Faria Lima, 1355 - Jardim Paulistano - São Paulo - SP - CEP: 01452-002** | | | | | |
| Data do documento:<br>**27/11/2025** | No. do documento<br>**78424-01** | Espécie doc.<br>**DM** | Aceite<br>**N** | Data Processamento<br>**27/11/2025** | Cart./Nosso Número<br>**19/00015000260-6** |
| Uso do Banco | Carteira<br>**19** | Espécie Moeda<br>**R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento<br>**674,00** |
| **Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)**<br>PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,67 AO DIA<br>PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 13,48 | | | | | (-) Descontos/Abatimento<br>(-) Outras Deduções<br>(+) Mora/Multa<br>(+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado |

**Pagador**
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (2751)**
**RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO**
**14610-000 - IPUA-SP**
**45.708.765/0001-19**
**Sacador/Avalista**
**PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA -**
**CNPJ:30.461.442/0001-04**

**Ficha de Compensação**

**Autenticação Mecânica**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 27 / 11 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Bricivion Hospit. | Citira C. Hospit. | Med Center | Futura C.P.M. |
| | | | TELEFONE (16) 3236-9010 | TELEFONE (16) 3993-9100 | TELEFONE (35) 3449-1950 | TELEFONE (16) 3251-9494 |
| | | | CONTATO: Maurilio | CONTATO: Junior | CONTATO: Jessica | CONTATO: Leandro |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| 1- Brometo de rocurônio 50mg/5ml Sol inj cx/10 FR-amp. | cx | 3 | 92.00 | 97.10 | — | 93.87 |
| 2. amoxicilina+clavulanato de Potássio 1G+200mg pó inj. cx/20 FR | cx | 2 | 199.00 | 210.00 | 199.60 | — |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Pagar com código de barras (versão antiga)

G335231412433945012
23/12/2025 14:26:54

23/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:26:54
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO BRADESCO S.A.
---
23793394159000150002560004414102613060000067400
BENEFICIARIO:
UNIQUE AAA - FUNDO DE INVESTIM
NOME FANTASIA:
UNIQUE AAA - FUNDO DE INVESTIMENTO
CNPJ: 32.388.171/0001-26
BENEFICIARIO FINAL:
PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA D
CNPJ: 30.461.442/0001-04
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---
NR. DOCUMENTO 122.303
DATA DE VENCIMENTO 25/12/2025
DATA DO PAGAMENTO 23/12/2025
VALOR DO DOCUMENTO 674,00
VALOR COBRADO 674,00
==========
NR.AUTENTICACAO 9.42A.9FC.DCE.B6E.B59
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
RUA PAULO DE FRONTIM Nº, 025
VILA VIRGINIA - 14030-430
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635193170

# DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.162.501**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1156 0814 8200 0106 5500 1000 1625 0110 0346 9253**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **135253637348476 - 25/11/2025 17:30:16** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **582196195118** | | **56.081.482/0001-06** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **25/11/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 25/12/2025 |
| Valor | R$ 1.035,00 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 603,82 | 72,46 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.035,00 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO | TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.035,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| **MOVIMENTE EXPRESS** | **0-Remetente** | | | | **34.922.709/0002-47** |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **VIA ANHANGÜERA,320** | **RIBEIRÃO PRETO** | **SP** | **797530195111** |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| **15** | **Volumes** | | | **174,000** | |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 660 | FISIOLOGICO 0,9% 1000ML BOLSA PVC/JP R+ Lote: 397325 Qt: 150 Val: 06/11/27 | 30049099 | 020 | 5102 | BO | 150 | 6,9000 | 1.035,00 | 603,82 | 72,46 | | | 12,00 | |

cotação 896

Recebi e conferi os Mater ai
26 / 11 / 25
Ass. Respo. sável Recebimento

Medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:
COT EMAIL
MOV. 346925
TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025
SL 2
Vendedor: 11-TELEVENDAS Id Mov: 346925
BANCO ITAU - AG.0865 C/C. 99799-3
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 139,21 Estadual: R$ 124,20 Municipal: R$ 0.00 Fonte: IBPT
(A) PIS E COFINS,ALIQ ZERO LEI 10.147/00 - MONOFÁSICO
RED. BASE DE CALCULO ICMS - CONF DECRETO 58.895 DE 21.03.2013

RESERVADO AO FISCO



2.30 2025.

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25

Cep:14030-430 – RIBEIRAO PRETO – SP

Fone:(16)3519-3170

Fone: 56.081.482/0001-06

Banco Itaú S.A.

**RECIBO DO PAGADOR**

| Beneficiário: | Agência/Cod.Beneficiário | Data do Documento | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA** | **0865/99799-3** | **25/11/2025** | **25/12/2025** |
| Pagador: IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229) RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO 14610-000 - IPUA-SP | Número Documento: 162501-01 | Nosso Número: 00046290 | Valor do Documento: **1.035,00** |

**Autenticação Mecânica**

Banco Itaú S.A. | **341-0** | **34191.09008 04629.050867 59979.930001 3 13060000103500**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento: **PAGAVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGENCIA ITAÚ** | | | | | Vencimento **25/12/2025** |
| Beneficiário **DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 56.081.482/0001-06** | | | | | Agência/Cód.Beneficiário **0865/99799-3** |
| Endereço **RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25 - 14030-430-RIBEIRAO PRETO-SP** | | | | | |
| Data do documento: **25/11/2025** | No. do documento **162501-01** | Espécie doc. **DM** | Aceite **N** | Data Processamento **25/11/2025** | Cart./Nosso Número **109/00046290-5** |
| Uso do Banco | Carteira **109** | Espécie Moeda **R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento **1.035,00** |
| **Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)** PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 3,45 AO DIA | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |

IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229)
RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUA-SP
45.708.765/0001-19

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)

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

| Data | Entregador | | |
|---|---|---|---|
| Recebi(emos) o bloqueto | Data | Assinatura | |

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 25 / 11 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Almebrás | Lumar | Almaster | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (16) 3519.3170 | TELEFONE: (16) 3721.1102 | TELEFONE: (54) 3523.2600 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Guilherme | CONTATO: Silma | CONTATO: Paulo | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| Soro fisiológico 0,9% 1000ml bolsa PVC | Bo | 150 | 6,90 | 8,00 | 8,00 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

G335231412433945013
23/12/2025 14:28:59

## Pagar com código de barras (versão antiga)

23/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:28:59
315603156 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.
---
34191090080462905086759979930001313060000103500
BENEFICIARIO:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
NOME FANTASIA:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
PAGADOR:
IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORD
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.304 |
| DATA DE VENCIMENTO | 25/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 23/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.035,00 |
| VALOR COBRADO | 1.035,00 |

==========
NR.AUTENTICACAO 3.CC7.A81.C3A.3C7.0C6
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

# PM DE SAO JOAQUIM DA BARRA

## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAQUIM DA BARRA

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

**Número da NFS-e**
**2168**

Código de Verificação de Autenticidade
**TOMON8TXU**

Data e Hora de Emissão da NFS-e
**19/12/2025 às 15:50:52**

*Chave de Acesso*
235695833533KXTBV47RPFKEL4MDXTVR

**Para certificação da autenticidade acesse http://intranet.saojoaquimdabarra.sp.gov.br:5661/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.**

### Informações Fiscais

| Exigibilidade do ISS | Número do Processo | Município de Incidência do ISS | Local da Prestação |
|---|---|---|---|
| **Exigível** | | **SAO JOAQUIM DA BARRA-SP** | **SAO JOAQUIM DA BARRA - SP** |

| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS | Competência |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **19/12/2025** |

| Optante Simples Nacional | Incentivo Fiscal | Regime Especial Tributação | Tipo ISS |
|---|---|---|---|
| **1 - Sim** | **2 - Não** | **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** | **03 - Sobre Faturamento** |

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

| CPF/CNPJ | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro | Nome/Razão Social |
|---|---|---|---|---|
| **03.295.335/0001-72** | | **08932** | **012994** | LUÍS OTÁVIO ROSA DA SILVA -ME |

| Logradouro | Complemento | Bairro |
|---|---|---|
| **R. RUA SAO PAULO, 01677** | | **CENTRO** |

| CEP | Cidade | Telefone | E-mail |
|---|---|---|---|
| **14600-037** | **SÃO JOAQUIM DA BARRA-SP** | | |

### TOMADOR DE SERVIÇOS

| CPF/CNPJ/Documento | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social |
|---|---|---|---|
| **45.708.765/0001-19** | | | **IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE IPUÃ** |

| Logradouro | Complemento | Bairro |
|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | | **CENTRO** |

| CEP/Cod.Postal | Cidade/País | Cod. IBGE | Telefone | E-mail |
|---|---|---|---|---|
| **14610-000** | **IPUA - SP** | **3521309** | **16 38321222** | **santacasaipua@com4.com.br** |

### Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Vlr. Unitário | Total |
|---|---|---|---|---|
| 1,00 | UN | manipulaçao | 300,00 | R$ 300,00 |

Recebi e conferi os Mater ai
20 / 12 / 25
Fiorella Martins Montarde
Ass. Responsável Recebimento

### Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

| LC 116/2003: **04.07** | Alíquota | Atividade Município | Código CNAE | Código da Obra | Código ART |
|---|---|---|---|---|---|
| **Serviços farmacêuticos** | **2,00%** | **0000040000007** | | | |

| Valor Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS | ISS Retido | Desconto Condicionado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 300,00** | **R$ 0,00** | **R$ 0,00** | **R$ 300,00** | **R$ 6,00** | **2 - Não** | **R$ 0,00** |

### Construção Civil

### 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$ 300,00**

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R$40,35 Estadual (0,00%) R$0,00 Municipal (2,73%) R$8,19 - Fonte: IBPT

### Informações Complementares

TERMO DE FOMENTO N 02/2025

RECEBI(EMOS) DE **LUÍS OTÁVIO ROSA DA SILVA -ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **2168** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **TOMON8TXU**.

| Data | CPF/RG | Assinatura |
|---|---|---|
| ___/___/___ | | |

23/12/2025

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 19 / 12 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Francielly Martins Montanele

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: Farmá | FONECEDOR: Mani | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | Fórmula Nativa | cia Flor de Bis | pulse Farm. Mani. | |
| | TELEFONE: (16) 3818-2622 | TELEFONE: (16) 98861-5298 | TELEFONE: (16) 99116-7458 | TELEFONE: |
| | CONTATO: Whats. | CONTATO: Whats | CONTATO: Whats | CONTATO: |

| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Parafina 10% creme 30gr. | tubo | 20 | 15,00 | 28,22 | 20,00 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

13756-3

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/12/2025 - AUTOATENDIMENTO - 14.24.36
3156903156 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

==========

SOBRE A TRANSACAO

---

ID: E00000000202512231723249972913 51
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19
VALOR: R$300,00
TARIFA: R$2,97
DATA: 23/12/2025 - 14:24:27
DESCRICAO: NFSe 2168.

---

PAGO PARA: Luis Otavio Rosa da Silva
CNPJ: 3.295.335/0001-72
CHAVE PIX: 03295335000172
INSTITUICAO: 90400888 BCO SANTANDER (BRASIL) S.A
AGENCIA: 3308 - CONTA: 00000000000130001287
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

---

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

---

Notificacao enviada em: 23/12/2025 - 14:24:28

==========

DOCUMENTO: 122301
AUTENTICACAO SISBB: 3.F86.FA7.C90.8AE.C97

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
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 fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

**NF-e**
Nº. 000.000.623
Série 636

RECEBEMOS DE WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 25/11/2025
VALOR TOTAL: R$ 20.682,24 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO - RUA FERDINANDO FRANTIN, 335 CENTRO IPUÃ-SP

DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

# WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA

AV M SERGIO CANCIAN, 5093
SETOR INDUSTRIAL - 14176-503
SERTAOZINHO - SP Fone/Fax: 08007099000

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.000.623**
**Série 636**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1135 8204 4800 9435 5563 6000 0006 2319 5028 5714**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDA MERC. ADQ. REC. TERC. EFET. FORA ESTAB. | 135253637132378 - 25/11/2025 17:17:30 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|
| 664015333119 | 102664 | | 35.820.448/0094-35 |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO | 45.708.765/0001-19 | 25/11/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| RUA FERDINANDO FRANTIN, 335 | CENTRO | 14610-000 | 25/11/2025 |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | SP | 1638321222 | | 17:16:57 |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 23/12/2025 |
| Valor | R$ 20.682,24 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLC. DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | V. FCP UF DEST. | VALOR DO PIS | V. TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20.682,24 | 3.722,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 279,83 | 16.790,89 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | V. ICMS UF DEST. | V. TOT. TRIB. | VALOR DA COFINS | V. TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.891,35 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.288,92 | 20.682,24 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| TRANSPORTADORA CONTATTO LTDA | 0-Por conta do Emit | | | | 43.251.230/0003-06 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| RODOVIA ANHANGUERA 0 KM 136 | LIMEIRA | SP | 417034750110 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1245 | Unidade | | | 1.652,115 | 1.652,115 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | VALOR DESC | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40000015 | OXIGENIO LIQUIDO CAMINH TANQUE ONU 1073, OXIGENIO LIQUIDO, REFRIGERADO, 2.2 (5.1) Lote: 2532800695 Quant: 1245000 Fab: 24/11/2025 Val: 23/11/2028 | 28044000 | 0/00 | 5104 | M3 | 1.245,0000 | 13,4867 | 16.790,89 | 0,00 | 20.682,24 | 3.722,80 | | 18,00 | |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Inf. Contribuinte: CENTRO/DEPOSITO: 2455/—, Tipo de Ordem: WOR, VEICULO: 2864, VIAGEM: 1066259 Cond.Pgto.:D028 028 Dias Data Liquida, Codigo do cliente: 0090003870, Nome do cliente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICOCONVENIO 11/2022, Numero White: 20581, Endereco de instalacao: RUA FERDINANDO FRANTIN, 335, CENTRO, IPUÃ, SP, CEP: 14610-000.Declaro que os produtos perigosos estao adequadamente classificados, embalados, identificados e estivados para suportar os riscos das operacoes de transporte e que atendem as exigencias da regulamentacao. - Item: 40000015 Lote: 2532800695. .

**RESERVADO AO FISCO**



25.11.2025

# CERTIFICADO DE QUALIDADE DE PRODUTO

2532800695

**Dados White Martins**

RAZÃO SOCIAL: WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA
CNPJ: 35.820.448/0094-35
NOME DA UNIDADE: Filial Sertaozinho
RUA - NÚMERO - BAIRRO: AV M SERGIO CANCIAN 5093 SETOR INDUSTRIAL
CEP - CIDADE - ESTADO: 14176-503 SERTAOZINHO SP
TELEFONE - FAX: 16 3946 2007

**Dados de Identificação do Produto**

Descrição do Produto: Oxigenio Liquido Caminh Tanque
Lote de controle: 890000403085 Data de fabricação: 24.11.2025 Data de validade: 23.11.2028
Fórmula química: O2
Forma farmacêutica: Gás liquefeito altamente refrigerado

**Dados de Análise**

Análise pré-enchimento

| Características | Resultados | Unidade | Especificações | Unidade | Método |
|---|---|---|---|---|---|
| Pureza | 99,690 | %v/v | 99,500 - 100,000 | %v/v | WMES0011 |
| Odor | Inodoro | | Inodoro | | WMES0011 |
| Umidade (H2O) | 5,430 | ppm | 0,000 - 67,000 | ppm | WMES0011 |

Análise pós-enchimento

| Características | Resultados | Unidade | Especificações | Unidade | Método |
|---|---|---|---|---|---|
| Pureza | 99,710 | %v/v | 99,500 - 100,000 | %v/v | WMES0011 |
| Odor | Inodoro | | Inodoro | | WMES0011 |
| Umidade (H2O) | 6,110 | ppm | 0,000 - 67,000 | ppm | WMES0011 |

**Observações**

Frota 471 Tanque 41203

**Responsável pela emissão deste certificado**

Nome: Sidinei Pereira de Souza
Cargo/Função:
Data e Hora de emissão do certificado: 24.11.2025 22:45:25

**Responsável pela liberação deste certificado**

Nome: Helena Prado Novaes dos Santos Magalhaes Nome / N° Conselho: CRF-RJ / 27781
Cargo/Função: Farmacêutico

Recibo do Pagador

**Bradesco** | 237-2 |

23792.37304 41011.379728 35027.642905 5 13040002068224

| Beneficiário | Agência / Código do Beneficiário | Espécie | Quantidade | Carteira/Nosso Número |
|---|---|---|---|---|
| WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI S LTDA | 2373-6/276429-6 | R$ | | 004/10113797235-8 |

| Número Documento | CPF/CNPJ | Vencimento | (=) Valor documento |
|---|---|---|---|
| 623-636 | 35.820.448/0001-36 | 23/12/2025 | 20682,24 |

| (-) Descontos/ Abatimentos | (-) Outras deduções | (+) Mora/ Multa | (+) Outros acréscimos | (=) Valor cobrado |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Pagador
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO 45.708.765/0001-19**
**RUA FERDINANDO FRANTIN 335CENTRO**
**IPUA-SP-14610-000**

**Autenticação Mecânica**

**Corte na linha pontilhada**

**Bradesco** | 237-2 |

23792.37304 41011.379728 35027.642905 5 13040002068224

| Local de Pagamento | Vencimento |
|---|---|
| PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO | 23/12/2025 |
| Beneficiário: WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI S LTDA | Agência / Código do Beneficiário: 2373-6/276429-6 |

| Data do Documento | Nr Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data Processamento | Carteira/Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 25/11/2025 | 623-636 | DM | N | 23/12/2025 | 004/10113797235-8 |

| Uso do banco | Carteira | Espécie | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 004 | R$ | | | 20682,24 |

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
** VALORES EXPRESSOS EM REAIS****

APÓS O VENCIMENTO DO TÍTULO COBRAR:

MULTA DE 2 % S/VALOR DO TITULO APÓS VENCIMENTO
JUROS/MORA DE 1 % A.M. (PRÓ RATA DIA)

(-) Descontos/ Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora/ Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO 45.708.765/0001-19**
**RUA FERDINANDO FRANTIN 335CENTRO**
**IPUA-SP-14610-000**

Sacador / Avalista: -

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

**Corte na linha pontilhada**

G335231412433945020
23/12/2025 14:41:34

## Pagar com código de barras (versão antiga)

23/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 14:41:35
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BCO BRADESCO S.A.
---
23792373044101137972835027642905513040002068224
BENEFICIARIO:
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAI
NOME FANTASIA:
WHITE MARTINS
CNPJ: 35.820.448/0001-36
BENEFICIARIO FINAL:
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD
CNPJ: 35.820.448/0001-36
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.305 |
| DATA DE VENCIMENTO | 23/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 23/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 20.682,24 |
| VALOR COBRADO | 20.682,24 |

==========
NR.AUTENTICACAO 7.A15.677.261.72E.95D
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

OK

**Lumar Comercio de Produtos Farmaceuticos Ltda**
Av. Wilson Bego, 745
Distrito Industrial - CEP: 14406-091
Franca - SP Fone: (16) 3721-1102

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
**Nº.: 000.279.741**
**Série: 0**
**Folha 1/1**

CHAVE DE ACESSO
**3525 1249 2286 9500 0152 5500 0000 2797 4111 5417 8909**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO |
|---|---|
| **VENDA** | **135253757465730 - 03/12/2025 09:13:40** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **310049440111** | | **49.228.695/0001-52** |

DESTINATÁRIO / REMETENTE

| RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DE EMISSÃO |
|---|---|---|
| **Irmandade da Santa Casa de Misericordia de Ipua** | **45.708.765/0001-19** | **03/12/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA ENTRADA / SAÍDA |
|---|---|---|---|
| **Rua Fernando Fratin, 335, 0000** | **Centro** | **14610-000** | **03/12/2025** |

| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA ENTRADA / SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| **Ipua** | **(16) 3832-1222** | **SP** | | **00:00:00** |

FATURA / DUPLICATA

Número 001
Vencimento: 31/12/2025
Valor: R$ 786,10

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLC. DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | VALOR DO FCP | VALOR DO PIS | V. TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 786,10 | 135,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | 9,09 | 786,10 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR IPI | V. ICMS UF DEST. | V. TOT. TRIB. | VALOR DO COFINS | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | 41,85 | 786,10 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| RAZÃO SOCIAL | FRETE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| **NIKKEY RIO PRETO LOG.E TRANSP.LTDA-ME** | **0-Por conta Remetente** | | | | **15.066.184/0001-60** |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **RUA MARIA CERON VOLPE , 2260** | **SAO JOSE DO RIO PRETO** | **SP** | **647598751114** |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Caixas** | | | **14,900** | **0,000** |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANTI. | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | B CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 002230 | NISTATINA SUSP.30ML GHPRATI<br>Lote25H7E1 - Qtde10 - Venc27/02/2027 vPMC=4,75% | 30049069 | 500 | 5.102 | FR | 10,00 | 4,75 | 47,50 | 47,50 | 5,70 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |
| 059065 | DIPIRONA 500MG EV.10CPGH<br>Lote045725 - Qtde30 - Venc31/08/2027 vPMC=1,75% | 30049069 | 000 | 5.102 | ENV | 30,00 | 1,75 | 52,50 | 52,50 | 6,30 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |
| 059941 | FITA ADESIVA BRANCA 19MMX50M<br>LoteFC304/25-D - Qtde170 - Venc08/10/2027 | 48114110 | 000 | 5.102 | RL | 170,00 | 3,95 | 671,50 | 671,50 | 120,87 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 065254 | UNI HALOPERHALOPERIDOL5MG EV.20CPC1<br>Lote2438256 - Qtde2 - Venc30/09/2026 vPMC=7,30% | 30049069 | 000 | 5.102 | ENV | 2,00 | 7,30 | 14,60 | 14,60 | 2,63 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

Cotação 1174

Recebi e conferi os Mater ai
04 / 12 / 25
Jacqueline
Ass. Respo Sável Recebimento

medicamento/material

ATENÇÃO
SAC
RECLAMAÇÕES e/ou DEVOLUÇÕES
Serão aceitas se efetuadas em até 48 horas após entrega.

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: Nr. Pedido 648067 - Lista Positiva 62,10 Lista Negativa 52,50 Lista Neutra 671,50 Televendas SELMA DOS SANTOS CINTRA - Conferente Marcia Cristina Gomes - End. Conf. A Local Entrega Rua Fernando Fratin, 335 Bairro Centro CEP 14610-000 Hor 0800 as 1800 DEPOSITO BANCO DO BRASIL - CONTA AG. 6520-X C/C. 104069-3 TERMO DE FOMENTO N 02/2025 Email do Destinatário: nfe.nikkey@gmail.com

RESERVADO AO FISCO

2302025-

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 03 / 12 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | Dimar | Cirurg. Rib. Preto | Fritura C.P.M. | |
| | TELEFONE: (16) 3721-1102 | TELEFONE: (16) 3963-2829 | TELEFONE: (15) 3251-9494 | TELEFONE: |
| | CONTATO: Selma | CONTATO: Marcos | CONTATO: Leandro | CONTATO: |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | nistatina susp. 30ml | FR | 10 | 4.75 | — | — | |
| 2- | Dipirona 500mg env. 10cp | env | 30 | 1.75 | — | — | |
| 3- | fita adesiva branca 19mmx50m | RL | 170 | 3.95 | 5.20 | 4.75 | |
| 4- | Haloperidol 5mg Env. 20cp | env | 2 | 7.30 | — | — | |
| | | | | | | | |
| | obs: os itens nº 1, 2 e 4 não tem as cotações necessárias por estar em falta nas distribuidoras: | | | | | | |
| | Surmed (14) 2106-2011, Dimebrás (16) 3519-3170, Medicamental (16) 3505-4900, Precision Hospitalar (16) 3236-9010, HDL Logist. Hospitalar (34) 3221-5300, Medinter (35) 3449-1950, Sulmedic (47) 3473-8845, Citiva (16) 3993-9100 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

G337291532658534077
29/12/2025 16:35:33

## Transferência entre contas correntes

### Debitado

| | |
|---|---|
| Nome | IRMANDADE S C M IPUA |
| Agência | 3156-9 |
| Conta corrente | 2302025-3 |

### Creditado

| | |
|---|---|
| Nome | LUMAR COM PROD FARM |
| Agência | 6520-X |
| Conta corrente | 104069-3 |
| Valor | 786,10 |
| Data | Nesta data |

Transação efetuada com sucesso por: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
RUA PAULO DE FRONTIM Nº, 025
VILA VIRGINIA - 14030-430
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635193170

# DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.162.827**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1256 0814 8200 0106 5500 1000 1628 2710 0347 5977**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **135253764025987 - 03/12/2025 15:45:26** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **582196195118** | | **56.081.482/0001-06** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **03/12/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 02/01/2026 |
| Valor | R$ 1.104,00 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 644,07 | 77,29 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.104,00 |
| **VALOR DO FRETE** | **VALOR DO SEGURO** | **DESCONTO** | **OUTRAS DESPESAS** | **VALOR TOTAL IPI** | **VALOR IMPORTAÇÃO** | **TOTAL DA NOTA** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.104,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| **MOVIMENTE EXPRESS** | **0-Remetente** | | | | **34.922.709/0002-47** |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **VIA ANHANGÜERA,320** | **RIBEIRÃO PRETO** | **SP** | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| **17** | **Volumes** | | | **190,000** | |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6754 | FISIOLOGICO 0,9% 500ML BOLSA PVC/JP S+<br>Lote: 399525 Qt: 300 Val: 07/11/27 | 30049099 | 020 | 5102 | BO | 300 | 3,6800 | 1.104,00 | 644,07 | 77,29 | | | 12,00 | |

Recebi e conferi os Mater ai
04 / 12 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

stoK medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
Inf. Contribuinte:
COT WPP
MOV. 347597
TERMO DE FOMENTO 02/2025
s-8
Vendedor: 11-TELEVENDAS Id Mov: 347597
BANCO ITAU - AG.0865 C/C. 99799-3
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 148,49 Estadual: R$ 132,48 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) PIS E COFINS,ALIQ ZERO LEI 10.147/00 - MONOFÁSICO
RED. BASE DE CALCULO ICMS - CONF DECRETO 58.895 DE 21.03.2013

**RESERVADO AO FISCO**
cotação 1178



23 02 2025

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25

Cep:14030-430 – RIBEIRAO PRETO – SP

Fone:(16)3519-3170

Fone: 56.081.482/0001-06

Banco Itaú S.A.

**RECIBO DO PAGADOR**

| Beneficiário: | Agência/Cod.Beneficiário | Data do Documento | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA** | **0865/99799-3** | **03/12/2025** | **02/01/2026** |
| Pagador: IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229) RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO 14610-000 - IPUA-SP | Número Documento: 162827-01 | Nosso Número: 00046563 | Valor do Documento: **1.104,00** |

**Autenticação Mecânica**

Banco Itaú S.A. | **341-0** | **34191.09008 04656.350867 59979.930001 9 13140000110400**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento: **PAGAVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGENCIA ITAÚ** | | | | | Vencimento **02/01/2026** |
| Beneficiário **DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 56.081.482/0001-06** | | | | | Agência/Cód.Beneficiário **0865/99799-3** |
| Endereço **RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25 - 14030-430-RIBEIRAO PRETO-SP** | | | | | |
| Data do documento: **03/12/2025** | No. do documento **162827-01** | Espécie doc. **DM** | Aceite **N** | Data Processamento **03/12/2025** | Cart./Nosso Número **109/00046563-5** |
| Uso do Banco | Carteira **109** | Espécie Moeda **R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento **1.104,00** |
| **Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)** PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 3,68 AO DIA | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |

IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229)
RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUA-SP
45.708.765/0001-19

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)

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

| Data | Entregador | |
|---|---|---|
| Recebi(emos) o bloqueto | Data | Assinatura |

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 03 / 12 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Dimebrás | Demaster | Futura C.P.M | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (16) 3519.3170 | TELEFONE: (51) 3523.2600 | TELEFONE: (15) 3251.9494 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Guilherme | CONTATO: Paulo | CONTATO: Leandro | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| Fisiológico 0.9% 500ml Baln | Bo | 300 | 3.68 | 5.00 | 4.49 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Cobrança / Títulos

G337291532658534070
29/12/2025 16:27:46

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:27:47
315603156 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.
---
34191090080465635086759979930001913140000110400
BENEFICIARIO:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
NOME FANTASIA:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
PAGADOR:
IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORD
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.901 |
| DATA DE VENCIMENTO | 02/01/2026 |
| DATA DO PAGAMENTO | 29/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.104,00 |
| VALOR COBRADO | 1.104,00 |

==========
NR.AUTENTICACAO 0.BE0.7FF.909.C3E.DAF
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**
RUA PAULO DE FRONTIM Nº, 025
VILA VIRGINIA - 14030-430
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635193170

# DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.162.828**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1256 0814 8200 0106 5500 1000 1628 2810 0347 5982**
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **135253764205941 - 03/12/2025 15:57:49** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **582196195118** | | **56.081.482/0001-06** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **03/12/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 02/01/2026 |
| Valor | R$ 555,00 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 555,00 | 99,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 555,00 |
| **VALOR DO FRETE** | **VALOR DO SEGURO** | **DESCONTO** | **OUTRAS DESPESAS** | **VALOR TOTAL IPI** | **VALOR IMPORTAÇÃO** | **TOTAL DA NOTA** |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 555,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| **MOVIMENTE EXPRESS** | **0-Remetente** | | | | **34.922.709/0002-47** |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **VIA ANHANGÜERA,320** | **RIBEIRÃO PRETO** | **SP** | |

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

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10147 | EXTENSAO P/ ASPIRACAO/COLIGACAO 2,0MT PGC 2054/MARK MED<br>Lote: 21755 Qt: 150 Val: 30/04/28 | 90183929 | 000 | 5102 | UN | 150 | 3,7000 | 555,00 | 555,00 | 99,90 | | | 18,00 | |

Recebi e conferi os Mater ai
04 / 12 / 25
Jacqueline
Ass. Respo sável Recebimento

SH - OK

material

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Inf. Contribuinte:
COT WPP
MOV. 347598
TERMO DE FOMENTO 02/2025
Vendedor: 11-TELEVENDAS Id Mov: 347598
BANCO ITAU - AG.0865 C/C. 99799-3
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 74,65 Estadual: R$ 99,90 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) PIS / COFINS ALIQUOTA ZERO CONF. DECR. 6426/08

**RESERVADO AO FISCO**

cotação 1177



23/02/25.

**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25

Cep:14030-430 – RIBEIRAO PRETO – SP

Fone:(16)3519-3170

Fone: 56.081.482/0001-06

Banco Itaú S.A.

**RECIBO DO PAGADOR**

| Beneficiário: | Agência/Cod.Beneficiário | Data do Documento | Vencimento |
|---|---|---|---|
| **DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA** | **0865/99799-3** | **03/12/2025** | **02/01/2026** |
| Pagador:<br>IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229)<br>RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO<br>14610-000 - IPUA-SP | Número Documento:<br>162828-01 | Nosso Número:<br>00046565 | Valor do Documento:<br>**555,00** |

**Autenticação Mecânica**

Banco Itaú S.A. | **341-0** | **34191.09008 04656.500867 59979.930001 6 13140000055500**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento:<br>**PAGAVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGENCIA ITAÚ** | | | | | Vencimento<br>**02/01/2026** |
| Beneficiário<br>**DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 56.081.482/0001-06** | | | | | Agência/Cód.Beneficiário<br>**0865/99799-3** |
| Endereço<br>**RUA PAULO DE FRONTIM Nº 25 - 14030-430-RIBEIRAO PRETO-SP** | | | | | |
| Data do documento:<br>**03/12/2025** | No. do documento<br>**162828-01** | Espécie doc.<br>**DM** | Aceite<br>**N** | Data Processamento<br>**03/12/2025** | Cart./Nosso Número<br>**109/00046565-0** |
| Uso do Banco | Carteira<br>**109** | Espécie Moeda<br>**R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento<br>**555,00** |

**Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)**

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 1,85 AO DIA

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (1229)
RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUA-SP
45.708.765/0001-19

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)

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

| Data | Entregador | | |
|---|---|---|---|
| Recebi(emos) o bloqueto | Data | Assinatura | |

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 03 / 12 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Dimetras | HDL Logist Hospit | Cirurg. Rib. Preto | |
| | | | TELEFONE: (16) 3519.3170 | TELEFONE: (34) 3221.5300 | TELEFONE: (16) 3963.2829 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Guilherme | CONTATO: Sandra | CONTATO: Marcos | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| extensão p/ aspiração/coleta 2mt | un | 150 | 3.70 | 4.30 | 4.42 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Cobrança / Títulos

G337291532658534071
29/12/2025 16:28:46

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.
---
34191090080465650086759979930001613140000055500
BENEFICIARIO:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
NOME FANTASIA:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
DIMEBRAS COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ: 56.081.482/0001-06
PAGADOR:
IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORD
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.902 |
| DATA DE VENCIMENTO | 02/01/2026 |
| DATA DO PAGAMENTO | 29/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 555,00 |
| VALOR COBRADO | 555,00 |

==========
NR.AUTENTICACAO F.54E.A00.129.60B.8B5
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP**

RUA MARQUES DA CRUZ, 1623, 1623
MONTE ALEGRE
RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14.051-150
Fone: (16) 3963-2829

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
1

**No:** 076.833
**Série:** 1 **FL:** 1 /1

CONTROLE DO FISCO

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | CHAVE DE ACESSO DA NF-e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR |
|---|---|
| Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros | 3525.1202.7369.5100.0159.5500.1000.0768.3319.7288.2412 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ | Protocolo de autorização |
|---|---|---|---|
| 582475777112 | | 02.736.951/0001-59 | 135253759480380 - 03/12/2025 10:56:56 |

**DESTINATÁRIO REMETENTE**

| NOME RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 03/12/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA DA SAIDA |
|---|---|---|---|
| RUA FERDINANDO FRANTIN,335 | CENTRO | 14.610-029 | 03/12/2025 |

| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAIDA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | (16) 3832-1222 | SP | | |

**FATURA**

**001 R$ 209,80 02/01/2026 |**

**CALCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 209,80 | 37,76 | 0,00 | 0,00 | 209,80 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 209,80 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA (1 - EMITENTE, 2 - DESTINATARIO) | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | | |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UND | QTDE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B. CÁLCULO ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 608 | DRENO DE PENROSE N.2 ESTERIL MADEITEX<br>Validade: 10/03/2028 Lote: 100325DR | 90183921 | 000 | 5102 | UN | 5 | 2,9700 | 14,85 | 14,85 | 2,67 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 380 | SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA 6,0 C/BL COMPER<br>Validade: 11/06/2028 Lote: 23061160 | 90183929 | 000 | 5102 | UN | 1 | 14,9500 | 14,95 | 14,95 | 2,69 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 2530 | GUIA P/ INTRODUCAO (BOUGIE) 15FR DE SONDA ENDOTR 5mm WELL LE<br>Validade: 29/03/2030 Lote: 2503010647 | 90183929 | 000 | 5102 | UN | 6 | 30,0000 | 180,00 | 180,00 | 32,40 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

Recebi e conferi os Material
04 / 12 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

SK ok

material

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
|---|---|
| termo de fomento n 02/2025<br>2302025 | Cotação 1180 |

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado.
Emissão: 03/12/2025 Destinatário: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA Valor Total: 209,80

| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---|---|
| | |

**NF-e**
**No:** 076.833
**SÉRIE:** 1 **FL:** 1 /1

BANCO DO BRASIL **001-9** Comprovante de Entrega

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736. | | Agencia / Codigo Beneficiário<br>6504-8/1062-6 | **Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)**<br>[ ] Mudou-se [ ] Ausente [ ] Não existe nº. indicado |
| Pagador<br>**IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117** | | Nosso Número<br>28439230000047369 | [ ] Recusado [ ] Não procurado [ ] Endereço insuficiente |
| Vencimento<br>**02/01/2026** | Número do Documento<br>**076833/1** | Espécie<br>**R$** / Valor do Documento<br>**209,80** | [ ] Desconhecido [ ] Falecido [ ] Outros (anotar no verso) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Recebemos o Titulo<br>**com as características acima** | Data | Assinatura | Data | Assinatura |

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento<br>**PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO** | Data do Processamento<br>**03/12/2025** |

BANCO DO BRASIL **001-9** Recibo do Pagador

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento<br>PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO | Vencimento<br>**02/01/2026** |
| BeneficiárioCIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59<br>RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, , / Fone: | Agência / Código Beneficiário<br>6504-8/1062-6 |

| Data do Documento | Numero do Documento | Especie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 03/12/2025 | 076833/1 | DM | N | 03/12/2025 | 28439230000047369 |

| Uso do Banco | Carteira | Especie | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 17/035 | R$ | | | **209,80** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 0,42 por dia de atraso para pagamento .

( - ) Desconto
( - ) Outras Deducoes / Abatimento
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117
RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO, IPUA / SP - 14610029

CPF / CNPJ
45.708.765/0001-19

Beneficiário
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL **001-9** 00190.00009 02843.923000 00047.369178 1 13140000020980

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento<br>PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO | Vencimento<br>**02/01/2026** |
| BeneficiárioCIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951/0001-59<br>RUA MARQUES DA CRUZ, 1623 - MONTE ALEGRE - CEP:14051150 - RIBEIRAO PRETO/SP, , / Fone: | Agência / Código Beneficiário<br>6504-8/1062-6 |

| Data do Documento | Número do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 03/12/2025 | 076833/1 | DM | N | 03/12/2025 | 28439230000047369 |

| Uso do Banco | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 17/035 | R$ | | | **209,80** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 0,42 por dia de atraso para pagamento .

( - ) Desconto
( - ) Outras Deducoes / Abatimento
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117
RUA FERDINANDO FRANTIN,335 - CENTRO, IPUA / SP - 14610029

CPF / CNPJ
45.708.765/0001-19

Beneficiário
Final:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 03 / 12 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | Cirúrgica Rib Preto | | | |
| TELEFONE: | (16) 3963-2829 | TELEFONE: | TELEFONE: | TELEFONE: |
| CONTATO: | Marcos | CONTATO: | CONTATO: | CONTATO: |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Dreno de Penrose nº 2 estéril | un | 5 | 2.97 | | | |
| 2. | Sonda endotraqueal armada 6.0 c/ RL | un | 1 | 14.95 | | | |
| 3. | guia p/ intubação (Bougie) 15FR | un | 6 | 30.00 | | | |
| | | | | | | | |
| | dos itens nº 1 e 2 não tem as cotações necessárias por estar em falta nas distribuidoras: Almenara (16) 3519-3170 Medicamental (16) 3505-4900, Lumar (16) 3721-1102, HDL Logist. Hosp. (34) 3221-5300, Med. Center (35) 3449-1950, Sul medic (47) 3473-8845, Futura (15) 3281-9494, Citra (16) 3993-9100 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

# Guia P/ Introdução 15fr 5.0mm (Bougie) De Sonda Endotraqueal - Well Lead

**Código:** 26211500

**Marca:** Well Lead (https://www.loganmed.com.br/marca/well-lead.html)

## R$ 42,30

ou **R$ 40,18** via Pix

Estoque: **Disponível**

1 + -

Cirurgica, logan
CNPJ 49.182.962/0001-06

Comprar(https://www.loganmed.com.br/carrinho/produto/336460643/adicionar

1%2C%20gostaria%20de%20fazer%20o%20pedido%20do%20produto%3A%20%20Guia%20P%2F%20Introdu%C3%A7%C3%A3o%2015fr%205.0mm%

| | |
|---|---|
| Boleto Bancário | R$ 40,18 |
| VISA, MasterCard, elo, American Express | R$ 42,30 |
| pix | R$ 40,18 |

**Calcule o frete**

CEP OK

COMPARTILHE

://api.whatsapp.com/send?text=https%3A%2F%2Fwww.loganmed.com.br%2Fguia-p-introducao-15fr-33mm-bougie-de-son

**Privacidade** (https://www.loganmed.com.br/pagina/politica-de-privacidade.html)

(https://api.whatsapp.com/send?phone=+5511963263951&text=Ol%C3%A1%2C%20gostaria%20de%20saber%20mais%20sobre%20a%20loja!)

Entendi

**Código:** 26211500

# Guia Estilete (Bougie) P/ Introdução 15fr 5.0mm De Sonda Endotraqueal - Well Lead

**Marca:** Well Lead (https://www.chiancamed.com.br/marca/well-lead.html)

**R$ 41,49**

até **4x** de **R$ 10,37** sem juros

ou **R$ 39,42** via Pix

CNPJ. 56.201.790/0001-28
Chiancamed

mais formas de pagamento

Estoque:
**Disponível**

1 + -

Comprar(https://www.chiancamed.com.br/carrinho/produto/364455768/adicionar

**Calcule o frete**

CEP OK

COMPARTILHE

(https://api.whatsapp.com/send?phone=5511951959443&text=Ol%C3%A1%2C%20estou%20com%20d%C3%BAvida%2C%20preciso%20de%20ajuda!)

Buscar produtos, marcas e muito mais...

Informe seu CEP

Categorias Ofertas Cupons Supermercado Vender Contato Crie a sua conta Entre Com

Confira o envio para o seu endereço
Inclua seu CEP para verificar os custos e prazos de entrega precisos na busca.
Incluir CEP Mais tarde

Você também p rostomia botton 20 fr - kit para castracao

Mais opç

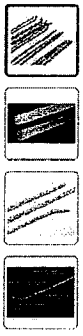
Introdução Bougie Escolha O...
R$ 39,90
R$ 38,70 3% OFF
12x R$ 3,81
Frete grátis

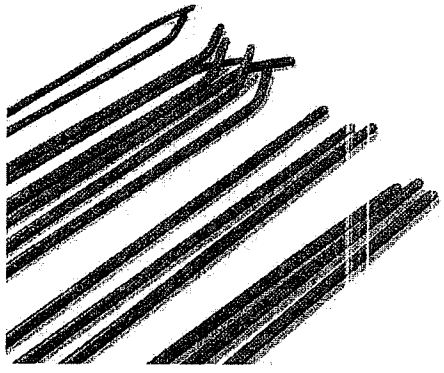
Fio Guia Intubação / Introdução Bougie Kit C/ 3 Unidades
R$ 133,51
R$ 123,03 7% OFF
4x R$ 30,76 sem juros
Frete grátis

Fio Guia Para Intubaçãc Intubação Fr 14 Kit 5 Ur
R$ 83,28
5x R$ 16,66 sem juros
Frete grátis

Saúde > Equipamento Médico > Instrumentos Médicos > Sondas

Vender um igual





Novo | +5 vendidos

# Guia Bougie Medtech Intubação Adulto ( 15 F ) - Kit 10 Unids

5.0 ★★★★★ (1)

R$ 555

**R$ 484,51** 12% OFF

12x R$ 46,85

Preço por unidade: R$ 48,45

Ver os meios de pagamento

**O que você precisa saber sobre este produto**

- Unidades por kit: 10
- Formato de venda: Kit

Ver caracteristicas

CNPJ - 19.697.328/0001-37

Meditec

FRETE GRÁTIS ACIMA DE R$ 19

Receba grátis entre sexta-feira sábado
Mais detalhes e formas de entrega

Retire grátis a partir de sexta-f uma agência Mercado Livre
Comprando dentro das próximas 3 h 40 min
Ver no mapa

As datas de entrega incluem o necessário para preparar o pr

Quantidade: 1 unidade (4 di

Comprar agora

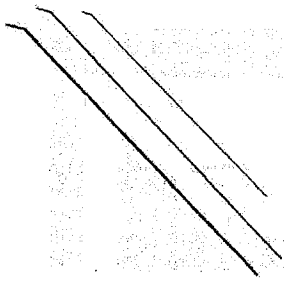
Adicionar ao carrin

Vendido por LOYALHEALTH_PROD_MED_HOS
+100 vendas

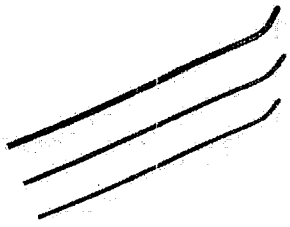
1 anos de garantia de fabrica.

## Produtos relacionados

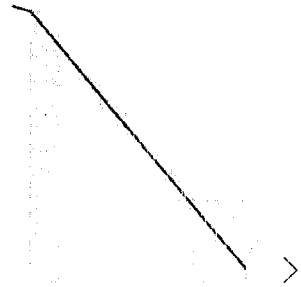
Ad



Bougie Fio Guia Para Intubação Difícil - Kit 3 Tamanhos
R$ 112,32
R$ 103,50 7% OFF
12x R$ 10,22
Frete grátis



1un Fio Guia Intubação / Introdução Bougie Escolha O...
R$ 39,90
R$ 38,70 3% OFF
12x R$ 3,81
Frete grátis



Fio Guia Para Intubação Difícil Bougie Pediátrico 10 Fr
R$ 35
12x R$ 3,45
Frete grátis

Vendido por LOYALHEALTH_PROD_ME
+100 Produtos

+100 Vendas | Bom atendimento | Entre

Ver mais produtos do vend

Meios de pagamento

Linha de Crédito

Cartões de crédito
Pague em até 12x!

G337291532658534071
29/12/2025 16:29:32

## Cobrança / Títulos

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:29:32
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BANCO DO BRASIL
---
00190000090284392300000047369178113140000020980
BENEFICIARIO:
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA
NOME FANTASIA:
CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA ME
CNPJ: 02.736.951/0001-59
PAGADOR:
IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPU
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.903 |
| NOSSO NUMERO | 28439230000047369 |
| CONVENIO | 02843923 |
| DATA DE VENCIMENTO | 02/01/2026 |
| DATA DO PAGAMENTO | 29/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 209,80 |
| VALOR COBRADO | 209,80 |

==========
NR.AUTENTICACAO 0.00E.F58.1A2.FE2.B5F
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Ativa

**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA HUMAITÁ, 290
SANTA CRUZ DO JOSÉ JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.175.101**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3525 1204 2749 8800 0138 5500 1000 1751 0110 2977 8568**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDA | 135253757983238 - 03/12/2025 09:34:09 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| 582596876113 | | 04.274.988/0001-38 |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 03/12/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| R FERDINANDO FRATIN, 335 | CENTRO | 14610-000 | |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| IPUÃ | SP | 1638321222 | | |

**INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP |
|---|---|---|
| R FERDINANDO FRATIN Nº, 335 | 14610-000*CENTRO | 14610-000 |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX |
|---|---|---|
| IPUÃ | SP | |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Num. | 001 |
| Venc. | 02/01/2026 |
| Valor | R$ 1.027,50 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.027,50 | 142,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.027,50 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO | TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.027,50 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA | 0-Remetente | | | | 12.270.745/0004-00 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330 | SUMARÉ | SP | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Volumes | | | 2,290 | 2,290 |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56132 | ESCITALOPRAM 10MG (GEN) CT C/ 30 CP REV/CIMED/C1 G+ PMC: 1.47<br>Lote: 2517294 Qt: 150 Fab: 09/07/25 Val: 09/07/27 | 30049059 | 000 | 5102 | CP | 150 | 0,1200 | 18,00 | 18,00 | 2,16 | | | 12,00 | |
| 45245 | FASTFEN 5MCG/ML (10MCG) SOL INJ 2ML IV/EPIDURAL EST C/30 AP/CRISTÁLIA/A1 S+ PMC 15.79<br>Lote: 50026215 Qt: 30 Fab: 24/03/25 Val: 24/03/27 | 30049079 | 000 | 5102 | AP | 30 | 10,5000 | 315,00 | 315,00 | 56,70 | | | 18,00 | |
| 46723 | MEROPENEM 1G PÓ P/ SOL INJ (GEN) CT C/ 25 FA/BIOCHIMICO<br>G+ PmPf: 642,00 PMC: 337.09<br>Lote: 010636 Qt: 50 Fab: 15/04/25 Val: 31/03/27<br>FCI:D1538FAF-856B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA | 30042099 | 500 | 5102 | FA | 50 | 13,3500 | 667,50 | 667,50 | 80,10 | | | 12,00 | |
| 55729 | PREGABALINA 75MG (GEN) CT C/ 30 CAPS GEL DURA/PHARLAB/C1 G+<br>Lote: B2500465 Qt: 90 Fab: 30/01/25 Val: 30/12/27 | 30049059 | 200 | 5102 | CAPS | 90 | 0,3000 | 27,00 | 27,00 | 3,24 | | | 12,00 | |

Recebi e conferi os Mater ai
04 / 12 / 2025
Ass. Responsável Recebimento

SH OK medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Inf. Contribuinte:
PEDIDO REFERENTE AO TERMO FOMENTO Nº02/2025
Vendedor: 162-ATIVA REGIÃO 16 Id Mov: 2977856
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 139,00 Estadual: R$ 123,30 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

**RESERVADO AO FISCO**

cotação 1180



2302025.

**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**

RUA HUMAITÁ, 290

Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP

Fone:(16)3993-9100

Fone: 04.274.988/0001-38

BANCO DO BRASIL

**RECIBO DO PAGADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário:<br>**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA**<br>**RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP**<br>**04.274.988/0001-38** | Agência/Cod.Beneficiário<br>**3370-7/0026500-4** | Data do Documento<br>**03/12/2025** | Vencimento<br>**02/01/2026** |
| Pagador:<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (11438)<br>R FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO<br>14610-000 - IPUÃ-SP<br>45.708.765/0001-19 | Número Documento:<br>**175101-01** | Cart./Nosso Número:<br>17/35261210000023306 | Valor do Documento:<br>**1.027,50** |

**Autenticação Mecânica**

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **00190.00009 03526.121003 00023.306178 7 13140000102750**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento: | | | | | Vencimento<br>**02/01/2026** |
| Beneficiário<br>**ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38** | | | | | Agência/Cód.Beneficiário<br>**3370-7/0026500-4** |
| Endereço Beneficiário<br>**RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP** | | | | | |
| Data do documento:<br>**03/12/2025** | No. do documento<br>**175101-01** | Espécie doc.<br>**DM** | Aceite<br>**N** | Data Processamento<br>**03/12/2025** | Nosso Número<br>**35261210000023306-7** |
| Uso do Banco | Carteira<br>**17** | Espécie Moeda<br>**R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento<br>**1.027,50** |

**Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)**

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,69 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 20,55
PROTESTAR 2 DIAS APOS VENCIMENTO

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (11438)
R FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUÃ-SP
45.708.765/0001-19

**Ficha de Compensação**

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 03 / 12 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | FONECEDOR: Citra C. Hospit | FONECEDOR: Precision Hospit. | FONECEDOR: Serimed | FONECEDOR: Medicamental |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | TELEFONE: (16) 3993-9100 | TELEFONE: (16) 3236 9010 | TELEFONE: (14) 2106 2011 | TELEFONE: (16) 3505 4900 |
| | | | | CONTATO: Junior | CONTATO: Manúlio | CONTATO: Ricardo | CONTATO: Renata |
| | | | | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| 1 - | escitalopram 10mg | CP | 150 | 0.12 | — | 0.36 | 0.14 |
| 2 - | fentanil 50mcg/ml sol. inj. 2ml | AP | 30 | 10.50 | — | — | — |
| 3 - | meropenem 1g pó p/ sol. inj. | FA | 50 | 13.35 | 15.90 | 15.40 | — |
| 4 - | pregabalina 75mg caps. | caps. | 90 | 0.30 | 0.46 | 1.32 | — |

obs: o item nº 2 não tem as cotações necessárias por estar em falta nas distribuidoras: Dimaster (54) 3523.2600, CM Hospitalar (16) 2101-9400, Dimehás (16) 3519-3170, Lima (16) 3721.1102, HDX Log. Hospitalar (34) 3221-5300, Med-Center (35) 3449.1950, Sulmedic (47) 3473.8845, Futura (15) 3251.9494

## Cobrança / Títulos

G337291532658534071
29/12/2025 16:30:29

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:30:29
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BANCO DO BRASIL
---
00190000090352612100300023306178713140000102750
BENEFICIARIO:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD
NOME FANTASIA:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
CNPJ: 04.274.988/0001-38
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.904 |
| NOSSO NUMERO | 35261210000023306 |
| CONVENIO | 03526121 |
| DATA DE VENCIMENTO | 02/01/2026 |
| DATA DO PAGAMENTO | 29/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.027,50 |
| VALOR COBRADO | 1.027,50 |

==========
NR.AUTENTICACAO 1.A0A.575.A0F.AA6.A24
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 02/12/2025 VALOR TOTAL: R$ 1.585,00 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA - RUA FERDINANDO FRATIN, 335 CENTRO IPUA-SP

| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---|---|
| | |

**NFe Nº. 000.134.262**
**Série 001**

*IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE*

medicamental

**MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA**
RUA XV DE NOVEMBRO, 450 - GP 02
CENTRO - 27175-000
PIRAÍ - RJ Fone/Fax: 1635054900
www.medicamental.com.br

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
**1**

**Nº. 000.134.262**
**Série 001**
*Folha 1/1*

CHAVE DE ACESSO
**3325 1231 3782 8800 0409 5500 1000 1342 6211 5591 6281**
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA DE MERCADORIA** | **233250480341458 - 02/12/2025 17:42:41** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| **11864252** | **819016879114** | **31.378.288/0004-09** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA** | **45.708.765/0001-19** | **02/12/2025** |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|
| **RUA FERDINANDO FRATIN, 335** | **CENTRO** | **14610-000** | **02/12/2025** |

| MUNICÍPIO | UF | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |
|---|---|---|---|---|
| **IPUA** | **SP** | **1638321222** | | **18:42:00** |

**FATURA / DUPLICATA**

| | |
|---|---|
| Núm. | 001 |
| Venc. | 01/01/2026 |
| Valor | R$ 1.585,00 |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.585,00 | 190,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.585,00 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO | TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.585,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| **PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA** | **0-Remetente** | | | | **12.270.745/0004-00** |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| **AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS,410 GALPAO01 MODULO 02** | **SUMARE** | **SP** | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| **10** | **Volumes** | | | **14,550** | **14,550** |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | BASE ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 38514 | SOLUCAO FISIOLOGICA 0.9% FR 250 ML/FARMARIN O+ Lote: G111525B Qt: 500 Val: 17/10/27 | 30049099 | 000 | 6108 | UN | 500 | 3,1700 | 1.585,00 | 1.585,00 | 190,20 | | | 12,00 | |

Recebi e conferi os Mater ai
03 / 12 / 25
Jacqueline
Ass. Respo..sável Recebimento

medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Inf. Contribuinte:
TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025
ENTREGAR QUARTA-FEIRA 03/12
PD: 15591415 FICHAS 1/1 10 VOLUME(S)
ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br
AFE: AUTORZ/MS: 1.18507.0
AE: AUTORIZ/MS: 1.18508.3
AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 213,18 Estadual: R$ 348,70 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) Venda para consumo final
Regime Diferenciado de Tributação instituido pelo Decreto 36.450/2004, através do processo SEI-220010/000386/2020 e SEI-040196/000077/2023.
Valor ICMS-DIFAL p/estado destino: R$ 95.10
ROTA: CD RIBEIRÃO PRETO

**RESERVADO AO FISCO**

Cotação 1175

*Impresso em 02/12/2025 as 20:36:49*

SH OK 230 2025

*www.geweb.com.br*

**MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA**

RUA XV DE NOVEMBRO, 450 GP 02

Cep:27175-000 – PIRAÍ – RJ

Fone:(16)3505-4900

Fone: 31.378.288/0004-09

BANCO DO BRASIL

**RECIBO DO PAGADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário:<br>**MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA**<br>**RUA XV DE NOVEMBRO, 450 GP 02 - 27175-000-PIRAÍ-RJ**<br>**31.378.288/0004-09** | Agência/Cod.Beneficiário<br>**3370-7/0006158-1** | Data do Documento<br>**02/12/2025** | Vencimento<br>**01/01/2026** |
| Pagador:<br>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (8780)<br>RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO<br>14610-000 - IPUA-SP<br>45.708.765/0001-19 | Número Documento:<br>**134262-01** | Cart./Nosso Número:<br>17/31367730000339321 | Valor do Documento:<br>**1.585,00** |

**Autenticação Mecânica**

BANCO DO BRASIL | **001-0** | **00190.00009 03136.773003 00339.321176 6 13130000158500**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local de Pagamento:<br>**PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS BANCO DO BRASIL** | | | | | Vencimento<br>**01/01/2026** |
| Beneficiário<br>**MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA- 31.378.288/0004-09** | | | | | Agência/Cód.Beneficiário<br>**3370-7/0006158-1** |
| Endereço Beneficiário<br>**RUA XV DE NOVEMBRO, 450 GP 02 - 27175-000-PIRAÍ-RJ** | | | | | |
| Data do documento:<br>**02/12/2025** | No. do documento<br>**134262-01** | Espécie doc.<br>**DM** | Aceite<br>**N** | Data Processamento<br>**02/12/2025** | Nosso Número<br>**31367730000339321-1** |
| Uso do Banco | Carteira<br>**17** | Espécie Moeda<br>**R$** | Quantidade | (x) Valor | (=) Valor do Documento<br>**1.585,00** |

**Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)**

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 7,93 AO DIA
EM CASO DE DUVIDAS LIGUE: (16) 3505-4900
CONHEÇA O NOSSO SITE: WWW.MEDICAMENTAL.COM.BR
ATENÇÃO: DEPÓSITOS EFETUADOS NA CONTA DA EMPRESA SEM PREVIA AUTORIZAÇÃO E SEM IDENTIFICAÇÃO NÃO LIQUIDA A PARCELA.
EM CASO DE COMPRA PARCELADA, O NÃO PAGAMENTO DA PARCELA NA DATA CORRETA, ENSEJARÁ O VENCIMENTO ANTECIPADO DAS DEMAIS.
PROTESTAR APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO.

**Atenção Parcela: 01 de 01**

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA (8780)
RUA FERDINANDO FRATIN,335 - CENTRO
14610-000 - IPUA-SP
45.708.765/0001-19

**Ficha de Compensação**

**Autenticação Mecânica**

**Pagar com Pix**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| DATA: 02 / 12 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsavel pela cotação: Jacqueline C. Oliveira | | | Medicamental | dimar | Servimed | |
| COTAÇÃO DE PREÇOS | | | TELEFONE: (16) 3505.4700 | TELEFONE: (16) 3721.1102 | TELEFONE: (14) 21052011 | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Renata | CONTATO: Selma | CONTATO: | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| Solução fisiológica 0,9% FR 250ml | un | 500 | 3.17 | 3.60 | 3.90 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Cobrança / Títulos

G337291532658534071
29/12/2025 16:32:19

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
315603156 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
BANCO DO BRASIL
---
00190000090313677300300339321176613130000158500
BENEFICIARIO:
MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 31.378.288/0001-66
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.905 |
| NOSSO NUMERO | 31367730000339321 |
| CONVENIO | 03136773 |
| DATA DE VENCIMENTO | 01/01/2026 |
| DATA DO PAGAMENTO | 29/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.585,00 |
| VALOR COBRADO | 1.585,00 |

==========
NR.AUTENTICACAO F.781.848.5D7.D10.5DF
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

**HDL LOGISTICA HOSPITALAR**
R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 -
Galp. 2961 / 2971
Bairro JARDIM
INDEPENDENCIA,CRAVINHOS, SP
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

LOGISTICA HOSPITALAR

# DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 136[redacted]
SÉRIE 1 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3525 1211 8726 5600 0200 5500 1000 1363 5218 8601 1973

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

| | |
|---|---|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO |
| PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO | 135253763535072 03/12/2025 15:12:06 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | 279054104117 |
| INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | |
| CNPJ | 11.872.656/0002-00 |

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| | |
|---|---|
| NOME/RAZÃO SOCIAL | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA 5599 |
| CNPJ/CPF | 45.708.765/0001-19 |
| DATA DA EMISSÃO | 03/12/2025 |
| ENDEREÇO | R FERDINANDO FRATIN Nº 335 |
| BAIRRO/DISTRITO | CENTRO |
| CEP | 14.610-000 |
| MUNICÍPIO | IPUA |
| FONE/FAX | |
| UF | SP |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | |

**PVN**

DADOS ADICIONAIS

28 | BOL=001 Venc=31/12/2025 Valor=740,22

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CALCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 740,22 | 133,24 | 0,00 | 0,00 | 740,22 |

| 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 | 0,0 | 740,22 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RAZÃO SOCIAL | PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA | FRETE POR CONTA | 0 - Emitente | CÓDIGO ANTT | |
| PLACA DO VEÍCULO | | UF | | CNPJ/CPF | 12.270.745/0004-00 |
| ENDEREÇO | Rod ADAUTO CAMPO DALL ORTO N. 2200 | MUNICÍPIO | SUMARE | UF | SP |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | 671495090114 | | | | |

| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NÚMERO | PEDIDO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2,00 | | | | 3022155 | 16,9150 Kg | |

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UN. | QUANTIDADE | V.UNITÁRIO | V.DESCONTO | % DESC. | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | BC ICMS ST | V.ICMS ST | V. IPI | AL. ICMS | AL. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2727 | GLUTARALDEILO (GLUTARON) 2% 5L 32 DIAS \| 0510201837 \| 3132903770025 \| RIOQUIMICA \| Lote: 2505220 D.Fab: 02/10/25 D.Val: 01/10/27 \| 0,0000 \| Referencia:0510201837 \| EAN:17897780214945 | 38089429 | 000 | 5102 | UN | 2 | 60,00000 | 0,00 | 0,00 | 120,00 | 120,00 | 21,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 2408 | LUVA CIRURGICA SENSITEX N. 6,5 C/200 PARES C/TALCO \| PA850352 \| 10092410023 \| MUCAMBO \| Lote: 2534 D.Fab: 01/08/25 D.Val: 30/08/28 \| 0,0000 \| Referencia:PA850352 \| EAN:5789609881061 8 | 40151200 | 500 | 5102 | UN | 1 | 322,21570 | 0,00 | 0,00 | 322,22 | 322,22 | 58,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 3979 | RIO HANDS SCRUB 1250ML REFIL \| 0510105169 \| ISENTO \| RIOQUIMICA \| Lote: 2505314 D.Fab: 07/10/25 D.Val: 06/10/27 \| 0,0000 \| Referencia:0510105169 \| EAN:7897780220123 | 30049099 | 000 | 5102 | UN | 1 | 298,00000 | 0,00 | 0,00 | 298,00 | 298,00 | 53,64 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

SH-OK

CÁLCULO 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

TERMO DE FOMENTO N. 02/2025 | () () () () () ()

RESERVADO AO FISCO

2302025

Estação 1172

HDL LOGISTICA HOSPITALAR

**HDL LOGISTICA HOSPITALAR**
R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 -
Galp. 2961 / 2971
Bairro JARDIM
INDEPENDENCIA,CRAVINHOS, SP
Fone: (34) 3221-5300, CEP:14140000

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº 136.352
SÉRIE 1 FOLHA 2/1

CHAVE DE ACESSO
3525 1211 8726 5600 0200 5500 1000 1363 5218 8601 1973

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

| | |
|---|---|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135253763535072 03/12/2025 15:12:06 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>279054104117 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO<br><br>CNPJ<br>11.872.656/0002-00 |

# Política de Devolução

É imprescindível a conferência da mercadoria no ato da entrega, pois caso aja alguma ocorrência ou irregularidade elas devem estar descritas no documento da transportadora.

-Verifique se o Número de Volumes corresponde ao número de volumes descrito na nota fiscal;

-Verifique se as Etiquetas de Despacho nos produtos correspondem à nota fiscal recebida;

-Verifique se a Embalagem Externa está intacta, inviolada, seca e sem qualquer tipo de dano aparente;

-Para Produto Termolábil(2 A 8°c) abra a caixa e verifique a temperatura.

**NÃO ACEITAREMOS DEVOLUÇÕES DE PRODUTOS APÓS 03 (TRÊS) DIAS DA DATA DE SEU RECEBIMENTO PELO CLIENTE. CASO O CLIENTE RECEBA PRODUTO TERMOLÁBIL COM ALGUMA OCORRÊNCIA/IRREGULARIDADE, DEVERÁ SER DEVOLVIDO NO ATO DA ENTREGA, UMA VEZ QUE A HDL NÃO RECEBERÁ TAIS PRODUTOS APÓS A ENTREGA EFETIVAMENTE REALIZADA.**

# Motivo da Devolução

[ ] FATURAMENTO INCORRETO (VENDEDOR);

[ ] SOLICITAÇÃO INCORRETA (CLIENTE);

[ ] MERCADORIA AVARIADA/VIOLADA;

[ ] VALIDADE CURTA;

[ ] ENTREGA FORA DO PRAZO NEGOCIADO;

[ ] OUTRO:_____

_____

_____

Data recebimento da mercadoria: ____/____/____

Assinatura do recebedor: _____

RG do recebedor: _____

**RECIBO DO PAGADOR**

Itaú **BANCO ITAU S/A** | **341-7** | 34191.09008 49229.708927 82179.030000 4 13120000074022

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA. | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0002-00 | Sacador Avalista | Vencimento:<br>31/12/2025 |
| Endereço Beneficiário/Sacador Avalista<br>R MANOEL GOMES DOS SANTOS,2951 GalJARDIM INDEPENDENCIA CRAVINHOS - SP 14.140-000 | | | |

| Nosso Número | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | Agência/Código Beneficiário |
|---|---|---|---|---|---|
| 109/00492297-0 | 109 | DM | | | 8928/21790-3 |

| Data do Documento | Número do Documento | Espécie do Documento | Aceite | Data Processamento | Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| 03/12/2025 | 136352 - 1 | | N | 03/12/2025 | 740,22 |

Autenticação Mecânica

---

Itaú **BANCO ITAU S/A** | **341-7** | 34191.09008 49229.708927 82179.030000 4 13120000074022

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Local do Pagamento:<br>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ<br>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ | | | | | Vencimento:<br>31/12/2025 |
| Beneficiário<br>HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA. | | | CNPJ/CPF<br>11.872.656/0002-00 | | Agência/Código Beneficiário<br>8928/21790-3 |
| Data do Documento<br>03/12/2025 | Número do Documento<br>136352 - 1 | Esp.Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data Processamento<br>03/12/2025 | Nosso Número<br>109/00492297-0 |
| Uso do Banco | Carteira<br>109 | Espécie<br>R$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento<br>740,22 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto,contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 14,80<br>APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R$ 1,48 POR DIA DE ATRASO.<br><br>PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO<br>DEPOSITO C/C,SE NAO AUTORIZADO, NAO QUITA O DEBITO. | | | | | (-) Desconto/Abatimento<br><br>(+) Mora/Multa<br><br>(+) Outros Acréscimos<br><br>(=) Valor Cobrado |

Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA
R FERDINANDO FRATIN,335
14.610-000-IPUA -SP
Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 03 / 12 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
|---|---|---|---|---|
| | HDL Logist. Hosp. | Cirurg. Rib. Preto | Dimebrás | |
| | TELEFONE: (34) 3221 5300 | TELEFONE: (16) 3963-2829 | TELEFONE: (16) 3519 3170 | TELEFONE: |
| | CONTATO: Sandra | CONTATO: Marcos | CONTATO: Guilherme | CONTATO: |

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Glutaraldeído 2% Sl 32 dias | un | 2 | 60.00 | — | — | |
| 2. | Luva cirurg. sensitive nº 6,5 cl 200 pares | un | 1 | 322.22 | 400.00 | 340.00 | |
| 3. | Rio Hands Scrub. 1250 ml | un | 1 | 298.00 | — | — | |
| | | | | | | | |

obs: o item nº 1 não tem as cotações necessárias por estar em falta nas distribuidoras: Dimaster (54) 3523-2600, Cirurgica Rib. Preto (16) 3963-2829, CM Hosp. (16) 99204-8512, Dutmar (16) 3721-1102, Med Center (35) 3449-1950, Catia C. Hosp. (16) 3993-9100, Medicamental (16) 3505-1900, Futura C.P.M (15) 3251-9494. o item nº 3 não tem as cotações necessárias porque a entidade possui contrato de comodato com a HDL Logística Hospitalar para a compra do mesmo conforme contrato de comodato em anexo.

# 1º ADITAMENTO AO INSTRUMENTO PARTICULAR DE COTRATO DE VENDA E COMPRA PARA ENTREGA FUTURA E OUTRAS AVENÇAS

As partes abaixo firmam este aditamento contratual livre e espontaneamente, sendo conhecedoras das obrigações contraídas e dos direitos adquiridos, sem que haja qualquer vício de vontade ou qualquer outro defeito do negócio jurídico e sem que haja qualquer obrigação pendente para nenhumas das partes, estipulando a partir do presente momento, novos deveres, obrigações e direitos. São as partes:

**VENDEDORA: HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA.,** inscrita no CNPJ/MF sob nº 11.872.656/0001-10, com sede na Avenida Inglaterra nº 40, Tibery, Uberlândia/MG, CEP 38.405-050, neste ato representada por **HAROLDO JOSÉ ROSA SUSSEL**, Sócio-Diretor, devidamente inscrito no CPF/MF sob nº 090.852.928-75.

**COMPRADORA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA,** inscrita no CNPJ/MF sob o nº 45.708.765/0001-19, com sede na Rua Ferdinando Fratin, Nº 335, Centro, Ipuã/SP, CEP 14610-000, neste ato representada por sua gestora **MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS,** devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº 150.710.808-77.

**Cláusula 1ª.** Por meio do presente instrumento, as partes acima qualificadas, decidem aditar pela **SEGUNDA** vez o "**INSTRUMENTO PARTICULAR DE COTRATO DE VENDA E COMPRA PARA ENTREGA FUTURA E OUTRAS AVENÇAS**" formalizado entre elas na data de 01 de setembro de 2024, considerando a alta demanda ocorrida nos últimos tempos, no seguinte sentido:

I – **OBJETO DE ALTERAÇÃO - "ANEXO I e ANEXO II"** - do "**INSTRUMENTO PARTICULAR DE COTRATO DE VENDA E COMPRA PARA ENTREGA FUTURA E OUTRAS AVENÇAS**", será alterado e substituído pelo Anexo I do presente aditamento, levando em consideração a mudança econômica dos preços praticados no mercado.

**Cláusula 2ª.** Permanecem inalteradas e plenamente em vigor todas as demais cláusulas do "**INSTRUMENTO PARTICULAR DE COTRATO DE VENDA E COMPRA PARA ENTREGA FUTURA E OUTRAS AVENÇAS**", firmado entre as partes em 01 de setembro de 2024, que não tenham sido expressamente alteradas por meio do presente aditamento.

**Clausula 3ª** As Partes declaram, aceitam e ratificam, para os devidos fins legais e nos termos do art. 10, § 1o e § 2o da Medida Provisória n. 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, que a assinatura deste Contrato a mão



Este documento foi assinado digitalmente por Haroldo Jose Rosa Sussel. Este documento foi assinado eletronicamente por João Paulo Henrique Costa, Jacqueline Claudino de Oliveira e MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código 6B4D-9F2C-87BA-06AC.

Este documento foi assinado digitalmente por Haroldo Jose Rosa Sussel. Este documento foi assinado eletronicamente por João Paulo Henrique Costa, Jacqueline Claudino de Oliveira e MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código 6B4D-9F2C-87BA-06AC.

ou por qualquer meio eletrônico, com ou sem certificado pela ICP-Brasil, inclusive e não exclusivamente Docusign ou qualquer meio de assinatura digital ou eletrônico, é considerada válida e plenamente eficaz pelas Partes, que a admitem como válida e apta a produzir de pleno direito todos os efeitos jurídicos decorrentes das obrigações e direitos decorrentes do presente Contrato e vincular as Partes, que renunciam neste ato a qualquer discussão relacionada à referida assinatura.

**Cláusula 4ª.** O Foro desde contrato é a Comarca de Uberlândia, Estado de Minas Gerais, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas e controvérsias oriundas da execução deste contrato.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam o presente aditamento em 02 (duas) vias de igual forma e teor, cientes de todo o teor, para que produza seus efeitos legais.

Uberlândia/MG, 29 de maio de 2025.

_____

**HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA**
SÓCIO DIRETOR: **HAROLDO JOSÉ ROSA SUSSEL**
CPF: 090.852.928-75

_____

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**
GESTORA: **MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS**
CPF: 150.710.808-77

**Testemunhas:**

1._____

Nome: João Paulo Henrique Costa
CPF: 341.232.868-52

2._____

Nome: Jacqueline Claudino de Oliveira
CPF: 199.636.528-24

Este documento foi assinado digitalmente por Haroldo Jose Rosa Sussel. Este documento foi assinado eletronicamente por João Paulo Henrique Costa, Jacqueline Claudino de Oliveira e MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código 6B4D-9F2C-876A-08AC.



Este documento foi assinado digitalmente por Haroldo Jose Rosa Sussel. Este documento foi assinado eletronicamente por João Paulo Henrique Costa, Jacqueline Claudino de Oliveira e MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código 6B4D-9F2C-876A-08AC.

# ANEXO I

Lista de Preços dos produtos a serem adquiridos pelo Cliente, ininterruptamente mês a mês, durante a vigência do Contrato. Preços válidos até novo aditamento, podendo ser reajustados anualmente conforme índice geral determinado pela CMED/ANVISA.

| | Descrição | Marca | Qtd. | Cx. C/ | Vlr.Unit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | CD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5448-OXIRIO PLUS 5L - 0510200408 Anvisa: 3102903700027 | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 864,7100 | 864,71 | 0,00 | 864,71 | SP |
| 2 | 5460-GALAO P/DILUICAO S/TAMPA BRANCO 5L - 0240501015 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 21,5500 | 21,55 | 0,00 | 21,55 | SP |
| 3 | 5461-TAMPA 750 ML/1 L VALV GATILHO SPRAY/ESPUMA 28MM BRANCA - E0101 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 8,6500 | 8,65 | 0,00 | 8,65 | SP |
| 4 | 5462-FRASCO P/DILUICAO SPRAY 750ML BRANCO - E0110 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 8,5500 | 8,55 | 0,00 | 8,55 | SP |
| 5 | 5631-TAMPA P/GALAO 5L BRANCA C/ DISCO DE INDUCAO - E0202 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 1,9500 | 1,95 | 0,00 | 1,95 | SP |
| 6 | 3979-RIO HANDS SCRUB 1250ML REFIL - 0510105169 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 298,0000 | 298,00 | 0,00 | 298,00 | SP |
| 7 | 2916-CLOREXIDINA (RIOHEX) 0,5% 100ML SOL ALCOOLICA TWIST OFF - C/30 - 0510101609 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 2 | 30 | 2,0200 | 60,60 | 0,00 | 121,20 | SP |
| 8 | 2930-CLOREXIDINA (RIOHEX) 0,2% 100ML DERMO SUAVE SOL AQUOSA TWIST OFF - C/30 - 0510300305 Anvisa: | RIOQUIMICA | 1 | 30 | 1,4600 | 43,80 | 0,00 | 43,80 | SP |
| 9 | 2683-DETERGENTE ENZIMATICO (RIOZYME ECO) 5L - 0510201852 Anvisa: 3102905850029 | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 124,7400 | 124,74 | 0,00 | 124,74 | SP |
| 10 | 4408-RIOMAX LUXURY ERVA DOCE ESPUMA 1000ML C/6 - 0500301148 Anvisa: 0000000000000 | RIOQUIMICA | 1 | 6 | 51,0000 | 306,00 | 0,00 | 306,00 | SP |
| 11 | 4145-RIOGEL ANTISSEPTICO 350G/1000ML REFIL STANDARD C/6 BASIC - 0510105231 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 1 | 6 | 48,0000 | 288,00 | 0,00 | 288,00 | SP |
| 12 | 2919-PEROX HIDROGENIO (AGUA OXIGENADA) 10VOL C/30 FR 100ML TWIST OFF - 0520100402 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 2 | 30 | 1,5100 | 45,30 | 0,00 | 90,60 | SP |
| 13 | 2918-CLOREXIDINA (RIOHEX) 2% 100ML C/TENSOATIVO TWIST OFF - C/30 FR - 0510101710 Anvisa: ISENTO | RIOQUIMICA | 1 | 30 | 2,9000 | 87,00 | 0,00 | 87,00 | SP |

Uberlândia/MG, 29 de maio de 2025.

**HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA**
SÓCIO DIRETOR: **HAROLDO JOSÉ ROSA SUSSEL**
CPF: 090.852.928-75

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**
GESTORA: **MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS**
CPF: 150.710.808-77

**Testemunhas:**

1._____
Nome: João Paulo Henrique Costa
CPF: 341.232.868-52

2._____
Nome: Jacqueline Claudino de Oliveira
CPF: 199.636.528-24



Este documento foi assinado digitalmente por Haroldo Jose Rosa Sussel. Este documento foi assinado eletronicamente por João Paulo Henrique Costa, Jacqueline Claudino de Oliveira e MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código 6B4D-9F2C-87BA-06AC.

Este documento foi assinado digitalmente por Haroldo Jose Rosa Sussel. Este documento foi assinado eletronicamente por João Paulo Henrique Costa, Jacqueline Claudino de Oliveira e MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código 6B4D-9F2C-87BA-06AC.

## ANEXO II

| | Descrição | Marca | Qtd. | Cx/Cj | Vlr.Unit. | Vlr.Cx. | Vlr.St. | Vlr.Total | Sit. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5449-DILUIDOR ELETRONICO BIVOLT (SENSOR) - 0510401006 Anvisa: isento | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 6588,450 | 6588,45 | 0,00 | 6588,45 | SP |
| 2 | 4205-SABONETEIRA RIOQUIMICA HANDS SCRUB REFIL AUTOMATICA - 00000510400922 Anvisa: 0000000000000 | RIOQUIMICA | 1 | 1 | 1476,750 | 1476,75 | 0,00 | 1476,75 | SP |
| 3 | 3167-SABONETEIRA ESPUMA/SPRAY STANDARD MANUAL 1L - 0510400903 Anvisa: 0000000000000 | RIOQUIMICA | 87 | 1 | 6,5000 | 6,50 | 0,00 | 574,20 | SP |

E, por estarem assim justas e contratadas no que diz respeito ao descrito acima, assinam o presente instrumento para que o mesmo faça parte integrante e indissociável do Instrumento Particular de Contrato de Venda e Compra para Entrega Futura e Outras Avenças firmado entre as partes, na presença das testemunhas abaixo nomeadas.

Uberlândia/MG, 29 de maio de 2025.

**HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA**
SÓCIO DIRETOR: **HAROLDO JOSÉ ROSA SUSSEL**
CPF: 090.852.928-75

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**
GESTORA: **MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS**
CPF: 150.710.808-77

**Testemunhas:**

1._____ 2._____

Nome: João Paulo Henrique Costa
CPF: 341.232.868-52

Nome: Jacqueline Claudino de Oliveira
CPF: 199.636.528-24



Este documento foi assinado digitalmente por Haroldo Jose Rosa Sussel. Este documento foi assinado eletronicamente por João Paulo Henrique Costa, Jacqueline Claudino de Oliveira e MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código 8B4D-9F7C-87BA-06AC.

Este documento foi assinado digitalmente por Haroldo Jose Rosa Sussel. Este documento foi assinado eletronicamente por João Paulo Henrique Costa, Jacqueline Claudino de Oliveira e MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código 8B4D-9F7C-87BA-06AC.

# PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Certisign Assinaturas. Para verificar as assinaturas clique no link: https://assinaturas.certisign.com.br/Verificar/6B4D-9F2C-87BA-06AC ou vá até o site https://assinaturas.certisign.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

## Código para verificação: 6B4D-9F2C-87BA-06AC

**Hash do Documento**

3FB989065CA09E4871DF07209D301370638C23E4ADFEC85E71B0564897161874

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 10/06/2025 é(são) :

- ☑ Haroldo Jose Rosa Sussel (Signatário - HDL Logística Hospitalar LTDA) - 090.852.928-75 em 10/06/2025 14:50 UTC-03:00
  **Tipo:** Certificado Digital
- ☑ João Paulo Henrique Costa (Testemunha) - 341.232.868-52 em 09/06/2025 17:32 UTC-03:00
  **Tipo:** Assinatura Eletrônica

**Evidências**

**Client Timestamp** Mon Jun 09 2025 17:32:11 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
**Geolocation** Latitude: -21.1943424 Longitude: -47.8380032 Accuracy: 2021.4835703565263
**IP** 177.45.185.70
**Identificação:** Por email: joao.henrique@hdlhospitalar.com.br
**Hash Evidências:**
9C4B9C100573BA03A7D69344CF4C3BEACA8424EF3658714E846A8E44568A7C3B

- ☑ Jacqueline Claudino de Oliveira (Testemunha) - 199.636.528-24 em 09/06/2025 16:36 UTC-03:00
  **Tipo:** Assinatura Eletrônica

**Evidências**

**Client Timestamp** Mon Jun 09 2025 16:36:42 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
**Geolocation** Latitude: -20.5258752 Longitude: -47.4382336 Accuracy: 1860.1320552264158
**IP** 186.210.183.147
**Identificação:** Por email: farmacia@santacasaipua.com.br
**Hash Evidências:**
759047A317F032CC8B3834852807558968AEDFFE13F1D05115ED7D7E80DE3036

MIRIAN APARECIDA GIROLAMO SANTOS (Parte) - 150.710.808-77 em 06/06/2025 15:27 UTC-03:00

**Tipo:** Assinatura Eletrônica

**Evidências**

**Client Timestamp** Fri Jun 06 2025 15:27:13 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

**Geolocation** Location not shared by user.

**IP** 191.54.41.132

**Identificação:** Por email: administracao@santacasaipua.com.br

**Hash Evidências:**

529CB364EF6BD58D4DEE2DFA53575CC12DF869D87F3F0FA7F62D3A565788135B

G337291532658534073
29/12/2025 16:33:12

## Cobrança / Títulos

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:33:12
315603156 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

---

34191090084922970892782179030000413120000074022
BENEFICIARIO:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 11.872.656/0001-10
BENEFICIARIO FINAL:
HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 11.872.656/0001-10
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19

---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.906 |
| DATA DE VENCIMENTO | 31/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 29/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 740,22 |
| VALOR COBRADO | 740,22 |

==========

NR.AUTENTICACAO 3.030.FA3.B46.752.D3D

==========

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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

NFe v4.0 - VERSÃO 6.10

MedCenter Comercial

**MED CENTER COMERCIAL LTDA**

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

**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA | 1

**Nº: 000005253**
**SÉRIE: 1**
**FOLHA: 1/1**

**CHAVE DE ACESSO:**
**3525 1200 8749 2900 0573 5500 1000 0052 5314 8110 9199**

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| **VENDA NAO CONTRIBUINTE - 5102** | **135253758175205 03/12/25 09:43:28** |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT. | CNPJ |
|---|---|---|
| **131837784113** | | **00.874.929/0005-73** |

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | C.N.P.J / C.P.F. | DATA EMISSÃO |
|---|---|---|
| ( 14062 ) - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA | 45.708.765/0001-19 | 03/12/2025 |

| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA ENTR/SAÍDA |
|---|---|---|---|
| R FERDINANDO FRATIN, 335 | CENTRO | 14610-000 | 03/12/2025 |

| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| IPUA | 1638321222 | SP | | 09:42:36 |

**FATURA / DUPLICATA**

001 31/12/2025 745,15

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. | VALOR DO I.C.M.S. | BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST | VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 745,15 | 106,72 | 0,00 | 0,00 | 745,15 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO I.P.I. | VALOR APROX.TRIBUTOS | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 745,15 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | C.N.P.J / C.P.F. |
|---|---|---|---|---|---|
| PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI | 0 - Emitente | | | SP | 12270745000400 |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| RODOVIA ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 | SUMARE | SP | 671495090114 |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NÚMERO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | VOLUME(S) | | 716108 | 4,788 Kg | 4,788 Kg |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO NCM | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | CX UN | CFOP CST | QUANTIDADE UNIDADE | VALOR UNITÁRIO | % DESC VLR DESC | VALOR LÍQUIDO | VALOR BRUTO BC.ICMS | BC. ICMS ST VL. ICMS ST | VALOR ICMS | VALOR IPI | VL.APROX TRIBUTOS | ALÍQUOTAS %ICMS | %IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00297000 9018.32.19 | AGULHA 30 X 07 DESC - SAGAAB042G/FAB.01/08/25/VAL.30/08/30 C/ 100 UN | 0 2.000 | 5102 200 | 20 CV | 7,000000 | 0,00% 0,00 | 140,00 | 140,00 140,00 | 0,00 0,00 | 18,62 | 0,00 | | 13,30 | 0,00 |
| 01615600 3004.20.99 | MEROPENEM 1G IV S/DIL - 25072887/FAB.01/07/25/VAL.30/07/27 C/ 25 FR | 0 25 | 5102 800 | 1 CV | 347,250000 | 0,00% 0,00 | 347,25 | 347,25 347,25 | 0,00 0,00 | 41,67 | 0,00 | | 12,00 | 0,00 |
| 02009400 3004.20.79 | NEOMICINA+BACITRACINA 5+250 PDA 15GRVP - 095416/FAB.01/09/25/VAL.30/09/27 | 0 30 | 5102 000 | 30 UN | 2,940000 | 0,00% 0,00 | 88,20 | 88,20 88,20 | 0,00 0,00 | 15,86 | 0,00 | | 18,00 | 0,00 |
| 01310200 3004.90.99 | SUXAMETONIO 500 MG F/A - 25103057/FAB.01/10/25/VAL.30/10/27 C/ 10 UN | 0 10 | 5102 500 | 1 CV | 169,700000 | 0,00% 0,00 | 169,70 | 169,70 169,70 | 0,00 0,00 | 30,55 | 0,00 | | 18,00 | 0,00 |

Recebi e conferi os Materiais
04 / 12 / 25
Jacqueline
Ass. Responsável Recebimento

SH OK material/medicamento

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
BOLETO
TERMO DE FOMENTO N 02/2025
Aliq. de 13,3% conforme inciso XV do art. 54 da RICMS/SP
Pedido: 716108
Rota: 8
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS

**RESERVADO AO FISCO**

Cotação 1170

23 0 2025.

**Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **Comprovante de Entrega**

| BENEFICIÁRIO | AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO | N. DO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005 | 3226/11545 | 5253/01 |
| **PAGADOR** | **NOSSO NÚMERO** | **VENCIMENTO** |
| 14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE I | 109/00004162 | 31/12/2025 |
| **RECEBI(EMOS) O BLOQUETO** / **ASSINATURA** | | **VALOR DO DOCUMENTO** |
| | | 745,15 |

| LOCAL DE PAGAMENTO | DATA DE PROCESSAMENTO |
|---|---|
| ATE O VENCIMENTO PREFERENCIALMENTE NO ITAU, APÓS SOMENTE NO ITAU. | 03/12/2025 |

**Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **RECIBO DO PAGADOR**

LOCAL DE PAGAMENTO
ATE O VENCIMENTO PREFERENCIALMENTE NO ITAU, APÓS SOMENTE NO ITAU.

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005-73
RUA VINTE E QUATRO DE MAIO, 104 - SALA 108 CONJ A E B PAVMTO4 - Bairro: CENTRO - SAO

| DATA DO DOCUMENTO | NO. DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DOC. | ACEITE | DATA DO PROCESSAMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 03/12/2025 | 5253/01 | DM | N | 03/12/2025 |

| USO DO BANCO | CIP | CARTEIRA | MOEDA | QUANTIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 109 | R$ | | X |

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 31/12/2025, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.
Protestar 7 dias após o Vencimento.

Parcela: 1/01

**341-7** RECIBO DO PAGADOR

MedCenter Comercial

**Fone: (35) 3449-1950**

| | |
|---|---|
| VENCIMENTO | 31/12/2025 |
| AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO | 3226/11545-3 |
| CART. / NOSSO NÚMERO | 109/00004162-0 |
| 1 (=) VALOR DO DOCUMENTO | 745,15 |
| 2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS | |
| 3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| 4 (+) MORA / MULTA / JUROS | |
| 5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS | |
| 6 (=) VALOR COBRADO | |

PAGADOR
14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPU CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19
R FERDINANDO FRATIN, 335 CENTRO
14610000 IPUA SP
SACADOR/AVALISTA

Autenticação Mecânica

**Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **34191.09008 00416.203222 61154.530002 1 13120000074515**

LOCAL DE PAGAMENTO
ATE O VENCIMENTO PREFERENCIALMENTE NO ITAU, APÓS SOMENTE NO ITAU.

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0005-73
RUA VINTE E QUATRO DE MAIO, 104 - SALA 108 CONJ A E B PAVMTO4 - Bairro: CENTRO - SAO

| DATA DA DOCUMENTO | Nº DO DOCUMENTO | ESPÉCIE DOC. | ACEITE | DATA PROCESSAMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 03/12/2025 | 5253/01 | DM | N | 03/12/2025 |

| USO DO BANCO | CIP | CARTEIRA | MOEDA | QUANTIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 109 | R$ | | X |

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 31/12/2025, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.
Protestar 7 dias após o Vencimento.

Parcela: 1/01

| | |
|---|---|
| VENCIMENTO | 31/12/2025 |
| AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO | 3226/11545-3 |
| CART. / NOSSO NÚMERO | 109/00004162-0 |
| 1 (=) VALOR DO DOCUMENTO | 745,15 |
| 2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS | |
| 3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| 4 (+) MORA / MULTA / JUROS | |
| 5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS | |
| 6 (=) VALOR COBRADO | |

PAGADOR
14062-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPU CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-
R FERDINANDO FRATIN, 335 CENTRO
14610000 IPUA SP
SACADOR/AVALISTA

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 03 / 12 / 2025

**Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira

## COTAÇÃO DE PREÇOS

| | DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | FONECEDOR: Med Center | FONECEDOR: Futura C.P.M. | FONECEDOR: Medicamental | FONECEDOR: Dimetrás |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | TELEFONE: (35) 3449.1950 | TELEFONE: (15) 3251.9494 | TELEFONE: (16) 3605.4900 | TELEFONE: (16) 3519.3170 |
| | | | | CONTATO: Jéssica | CONTATO: Leandro | CONTATO: Renata | CONTATO: Guilherme |
| | | | | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| 1- | agulha 30x7 descart. c/100un | cx | 20 | 7.00 | 7.62 | 8.55 | — |
| 2- | meropenem 1G IV s/dil c/25 Fr | cx | 1 | 347.25 | — | 375.00 | — |
| 3- | neomicina+bacitracina pda 15 GR | un | 30 | 2.94 | — | — | 3.50 |
| 4- | suxametonio 500mg F/A c/ 10un | cx | 1 | 169.70 | 225.00 | — | — |
| | | | | HDL Leg. Hospitalar | Altra C. Hospit | | |
| | | | | (31) 3221.5300 | (16) 3993-9100 | | |
| | | | | Sandra | Junior | | |
| 2- | meropenem 1G IV s/dil c/25 Fr | cx | 1 | 370.00 | — | | |
| 3- | neomicina+bacitracina pda 15GR | un | 30 | — | 3.10 | | |
| 4- | suxametonio 500mg F/A c/ 10 un | cx | 1 | — | 212.60 | | |

G337291532658534074
29/12/2025 16:34:23

## Cobrança / Títulos

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:34:25
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.
---
34191090080041620322261154530002113120000074515
BENEFICIARIO:
MED CENTER COMERCIAL
NOME FANTASIA:
MED CENTER COMERCIAL
CNPJ: 00.874.929/0005-73
BENEFICIARIO FINAL:
MED CENTER COMERCIAL
CNPJ: 00.874.929/0005-73
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.907 |
| DATA DE VENCIMENTO | 31/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 29/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 745,15 |
| VALOR COBRADO | 745,15 |

==========
NR.AUTENTICACAO F.F05.C39.0D6.97D.07F
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.

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

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento: Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal: 57307

## Dados do Prestador de Serviço

**Injectcenter Manipulacao de Produtos Farmaceuticos Ltda**
Rua Alfredo Benzoni,33 LOTE 26 QUADRA 6 - Iguatemi
CEP 14091-520 - Fone: (01)03635-6525 - Ribeirão Preto/ SP
nogueira@nogueiracontabilidaderp.com.br
Inscrição Municipal 10683001 - CPF/CNPJ 05.231.934/0001-58

Data de Geração da NFS-e: **10/12/2025 09:27:37**
Data de Competência: **10/12/2025**
Cód. de Autenticidade: **12F24684F**
Responsável pela Retenção:

## Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

| Natureza da Operação | Número do RPS | Série do RPS | Data de Emissão do RPS |
|---|---|---|---|
| Exigível | 59269 | | 10/12/2025 |

| Local dos Serviços | Município Incidência |
|---|---|
| Ribeirão Preto - São Paulo | Ribeirão Preto - São Paulo |

## Dados do Tomador de Serviços

**CNPJ/CPF :** 45.708.765/0001-19
**IM :**
**Razão Social :** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS. DE IPUA
**Endereço :** RUA FERDINANDO FRATIN
**Número :** 335
**Complemento :**
**Bairro :** CENTRO
**CEP :** 14611-038
**Cidade/UF :** Ipuã/ SP
**Telefone :** (16)3832-1222
**E-mail :** farmacia@santacasaipua.com.br

## Dados do Intermediário de Serviços

| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|---|---|---|
| | | |

## Descrição dos Serviços

SERVICOS DE MANIPULACAO - Receita(s): IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS-909707; 50UN - AMP. AZUL DE METILENO 2 2ML; LOTE P.010A/25; VAL: 02/10/26; RS 275.00|Boleto : VENCIMENTO: 31/12/25 - TOTAL RS: 275.00|

Cotação 1268

ok

## Detalhamento dos Tributos

| Atividade do Município | Alíquota | Item da LC116/2003 | Cód. NBS | Cód. CNAE |
|---|---|---|---|---|
| 40700 - Servicos Farmaceuticos. - | 2,00 | 407 | | 4771702 |

| Vl. Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISSQN | ISSQN Retido | Desconto Condicionado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| R$ 275,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 275,00 | R$ 5,50 | Não | R$ 0,00 |

| PIS | COFINS | INSS | IRRF | CSLL | Outras Retenções | Vl. ISSQN Retido | Vl. Líquido da Nota Fiscal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 275,00 |

**Construção Civil** | **Cód. Obra :** | **Art. :**

## Informações Adicionais

.

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

VERIFICAR BOLETO ANEXO.
O NÃO RECEBIMENTO DO BOLETO BANCÁRIO NÃO JUSTIFICA O ATRASO DO PAGAMENTO.
E-MAIL: financeiro@injectcenterlab.com.br

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

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento: Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal: 57307

## Dados do Prestador de Serviço

**Injectcenter Manipulacao de Produtos Farmaceuticos Ltda**
Rua Alfredo Benzoni,33 - LOTE 26 QUADRA 6 - Iguatemi
CEP 14091-520 - Fone: (01)03635-6525 - Ribeirão Preto/ SP
nogueira@nogueiracontabilidaderp.com.br
Inscrição Municipal 10683001 - CPF/CNPJ 05.231.934/0001-58

Data de Geração da NFS-e: **10/12/2025 09:27:37**
Data de Competência: **10/12/2025**
Cód. de Autenticidade: **12F24684F**
Responsável pela Retenção:

## Carta de Correção Eletrônica - CC-e

| Natureza da Operação | Data de Emissão da NFS-e | Data de Emissão da CC-e | Numero da CC-e |
|---|---|---|---|
| Exigível | 10/12/2025 09:27:37 | 10/12/2025 09:32:38 | 1 |

| Local dos Serviços | Municipio Incidência |
|---|---|
| Ribeirão Preto - São Paulo | Ribeirão Preto - São Paulo |

## Dados do Tomador de Serviços

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CNPJ/CPF :** | 45.708.765/0001-19 | **IM :** | |
| **Razão Social :** | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS. DE IPUA | | |
| **Endereço :** | RUA FERDINANDO FRATIN | **Número :** | 335 |
| **Complemento :** | | **Bairro :** | CENTRO |
| **CEP :** | 14611-038 | **Cidade/UF :** | Ipuã/ SP |
| **Telefone :** | (16)3832-1222 | **E-mail :** | farmacia@santacasaipua.com.br |

## Dados do Intermediário de Serviços

| CNPJ/CPF | Inscrição Municipal | Razão Social |
|---|---|---|
| | | |

## Descrição dos Serviços - Retificação

RETIFICANDO CONTINUAÇÃO DA NOTA DE SERVICO

TERMO DE FOMENTO N 02/2025

## Detalhamento dos Tributos

| Atividade do Município | Alíquota | Item da LC116/2003 | Cód. NBS | Cód. CNAE |
|---|---|---|---|---|
| 40700 - Servicos Farmaceuticos. - | **2,00** | 407 | | 4771702 |

| Vl. Total dos Serviços | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISSQN | ISSQN Retido | Desconto Condicionado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R$ 275,00** | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 275,00 | R$ 5,50 | Não | R$ 0,00 |

| PIS | COFINS | INSS | IRRF | CSLL | Outras Retenções | Vl. ISSQN Retido | Vl. Líquido da Nota Fiscal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ **275,00** |

| Construção Civil | Cód. Obra : | Art. : |
|---|---|---|

## Informações Adicionais

.

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

**Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **Recibo do Pagador**

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento<br>Ate o vencimento, preferencialmente no Itau Apos o vencimento, somente no Itau | Vencimento<br>**31/12/2025** |
| Beneficiário INJECTCENTER-MANIP.PROD.FARMAC.LTDA EPP - CNPJ: 05.231.934/0001-58<br>RUA ALFREDO BENZONI 33 JARDIM IGUATEMI RIBEIRAO PRETO SP 14091520 | Agência / Código Beneficiário<br>2129/18145-5 |

| Data do Documento | Numero do Documento | Especie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 10/12/2025 | 5937001 | DM | N | 10/12/2025 | 109/05937001-7 |

| Uso do Banco | Carteira | Especie | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 109 | R$ | | | **275,00** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)

UTILIZAR O BOLETO PARA PAGAMENTO. CASO NECESSARIO,CONTATAR
financeiro@injectcenterlab.com.br
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 0,18 por dia de atraso

( - ) Desconto / Abatimento
( - ) Outras Deducoes
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS. DE IPUA
RUA FERDINANDO FRATIN 335 - CENTRO, IPUA / SP - 14611038

CPF / CNPJ
45708765000119

Sacador/
Avalista:

Código de Baixa

Recebimento através do cheque número do banco.
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

Autenticação Mecânica

---

**Banco Itaú S.A.** | **341-7** | 34191.09057 93700.172120 91814.550009 4 13120000027500

| | |
|---|---|
| Local de Pagamento<br>Ate o vencimento, preferencialmente no Itau Apos o vencimento, somente no Itau | Vencimento<br>**31/12/2025** |
| Beneficiário INJECTCENTER-MANIP.PROD.FARMAC.LTDA EPP - CNPJ: 05.231.934/0001-58<br>RUA ALFREDO BENZONI 33 JARDIM IGUATEMI RIBEIRAO PRETO SP 14091520 | Agência / Código Beneficiário<br>2129/18145-5 |

| Data do Documento | Número do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso Número |
|---|---|---|---|---|---|
| 10/12/2025 | 5937001 | DM | N | 10/12/2025 | 109/05937001-7 |

| Uso do Banco | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | Valor | ( = ) Valor do Documento |
|---|---|---|---|---|---|
| | 109 | R$ | | | **275,00** |

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)

UTILIZAR O BOLETO PARA PAGAMENTO. CASO NECESSARIO,CONTATAR
financeiro@injectcenterlab.com.br
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 0,18 por dia de atraso

( - ) Desconto / Abatimento
( - ) Outras Deducoes
( + ) Mora / Multa / Juros
( + ) Outros Acrescimos
( = ) Valor Cobrado

Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS. DE IPUA
RUA FERDINANDO FRATIN 335 - CENTRO, IPUA / SP - 14611038

CPF / CNPJ
45708765000119

Sacador/
Avalista:

Código de Baixa

Autenticação - Ficha de Compensação

230202S-

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **DATA:** 10 / 12 / 2025 | | | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: | FONECEDOR: |
| **Responsavel pela cotação:** Jacqueline C. Oliveira | | | Inject Center | | | |
| **COTAÇÃO DE PREÇOS** | | | TELEFONE (16) 4009-9600 | TELEFONE: | TELEFONE: | TELEFONE: |
| | | | CONTATO: Lethicia | CONTATO: | CONTATO: | CONTATO: |
| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| azul de metileno 2% 2ml | amp | 50 | 5.50 | | | |
| | | | | | | |
| obs: o medicamento acima não tem as cotações necessárias porque é um medicamento manipulado | | | | | | |
| estéril e a unica farmácia que manipula é a Injectcenter Manipulação de Produtos farmaceu- | | | | | | |
| ticos Ltda. | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## Cobrança / Títulos

G337291532658534078
29/12/2025 16:36:35

29/12/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:36:35
315603156 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: IRMANDADE S C M IPUA
AGENCIA: 3156-9 CONTA: 2.302.025-3
==========
ITAU UNIBANCO S.A.
---
34191090579370017212091814550009413120000027500
BENEFICIARIO:
INJECTCENTER M P F LTDA
NOME FANTASIA:
INJECTCENTER M P F LTDA
CNPJ: 05.231.934/0001-58
BENEFICIARIO FINAL:
INJECTCENTER M P F LTDA
CNPJ: 05.231.934/0001-58
PAGADOR:
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS
CNPJ: 45.708.765/0001-19
---

| | |
|---|---|
| NR. DOCUMENTO | 122.908 |
| DATA DE VENCIMENTO | 31/12/2025 |
| DATA DO PAGAMENTO | 29/12/2025 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 275,00 |
| VALOR COBRADO | 275,00 |

==========
NR.AUTENTICACAO 8.025.B8E.880.2E6.7CB
==========
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: JD793515 MIRIAN APARECIDA GIROLAMO DOS SANTO.