



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

No: 076.985

Série: 1 FL: 1/1

CONTROLE DO FISCO



NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros
CHAVE DE ACESSO DA NF: 3525.1202.7369.5100.0159.5500.1000.0769.8512.2338.5353
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 582475777112
INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO:
CNPJ: 02.736.951/0001-59
Protocolo de autorização: 135253855276859 - 09/12/2025 15:35:54

DESTINATÁRIO REMETENTE
NOME RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA
ENDEREÇO: RUA FERDINANDO FRANTIN,335
MUNICÍPIO: IPUA
FONE / FAX: (16) 3832-1222
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19
DATA EMISSÃO: 09/12/2025
DATA DA SAÍDA: 09/12/2025
HORA DA SAÍDA:

FATURA
001 R\$ 1.391,73 08/01/2026 |

Table with columns: BASE DE CÁLCULO DO ICMS, VALOR DO ICMS, BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO, VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO, VALOR TOTAL DOS PRODUTOS, VALOR DO FRETE, VALOR DO SEGURO, DESCONTO, OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS, VALOR IPI, VALOR TOTAL DA NOTA.

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
RAZÃO SOCIAL: RODONAVES TRANSP. E ENCOMENDAS LTDA
FRETE POR CONTA: 1 - EMITENTE, 2 - DESTINATARIO
CÓDIGO ANTT:
PLACA VEÍCULO:
UF: SP
CNPJ/CPF: 44.914.992/0001-38
ENDEREÇO: RUA GAL. AUGUSTO SOARES DOS SANTOS, 683
MUNICÍPIO: RIBEIRAO PRETO
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 582249216111
QUANTIDADE: 2 volumes
PESO BRUTO:
PESO LÍQUIDO: 6.450

Table with columns: CÓDIGO PRODUTO, DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS, NCM/SH, CST, CFOP, UND, QTDE, VALOR UNITÁRIO, VALOR TOTAL, B. CÁLCULO ICMS, VALOR ICMS, VALOR IPI, ALIQ. ICMS, ALIQ. IPI.

SH OK

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-REDUÇÃO A 0% DE PIS E COFINS CONFORME DECRETO 6426/08
RESERVADO AO FISCO

Recebi e conferi os Materiais
10 / 12 / 25
Francelly Martins Montanle
Ass. Responsável Recebimento

230225

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado.
Emissão: 09/12/2025 Destinatário: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA Valor Total: 1.391,73
DATA DE RECEBIMENTO: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
NF-e
No: 076.985
SÉRIE: 1 FL: 1/1



## TERMO DE CREDENCIAMENTO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO

Pelo presente instrumento particular, a empresa POINT SUTURE DO BRASIL INDUSTRIA 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 **CRENCIANTE**, 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](mailto: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 **firos 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 CRENCIANTE 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 **CRENCIANTE** 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:0121394930  
0

Assinado de forma digital por ANTONIA  
AMANDA CAMELO BRIGIDO:0121394930  
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:0121394930  
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



Entre contas correntes BB Expansão A Ser Ocultada Versões Anteriores:  
Transferências; para conta bb

G337071529697724011  
07/01/2026 15:35:40

**Debitado**

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

**Creditado**

Nome CIRURGICA RIBEIRAO P L ME  
Agência 6504-8  
Conta corrente 1062-6  
Valor 1.391,73  
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

DATA DE EMISSÃO <b>09/12/2025</b>	DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-E Nº 12069799 SÉRIE 7 ROTA: FRIP SETOR: 2823
--------------------------------------	---------------------	---	---

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

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da  
 Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA **1**

Nº 12069799  
 SÉRIE 7  
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
 3525 1244 4631 5600 0184 5500 7012 0697 9919 9158 8667

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda merc.adq.receb.de terceiros	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135253862189380 10/12/2025 01:55:22-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 209017636112	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA
	CNPJ 44.463.156/0001-84

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS ERICORDIA DE IPUA</b>		<b>45.708.765/0001-19</b>	<b>09/12/2025</b>
ENDEREÇO R FERDINANDO FRATIN	Nº 335	BAIRRO CENTRO	CEP 14610-000
MUNICÍPIO IPUA	FONE/FAX 01638321222	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE ENTRADA/SAÍDA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	08/01/2026	676,26						

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 676,26	VALOR DO ICMS 121,73	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 676,26
VALOR DO FCP 0,00	VALOR DO FCP ST 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPT 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 676,26

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA - Remetent	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO / REBOQUE	UF	CNPJ/CPF 10.715.918/0001-70
RAZÃO SOCIAL A. R. DE ARAUJO - TRANSPORTES		ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2220		MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 647553429112
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,336	PESO LÍQUIDO 0,300	

CÓD.FROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	EMC/FP	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QNTD/LOTE	V.UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	VL.ICMS ST	AL.ICMS
401172	TRIANCIL 20MG/ML INJ 5FA 1ML T APSEN . PF:111.22 PMGV: R\$79.49 PMPF: R\$125.07 POS MON LT:25080075 6UN Val:06.08.2027	153,76	30043290	500	5102	CX	6	112,7100	676,26	676,26	121,73		18,00

**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: 2019450871 Remessa:  
 3019152798 Faturamento: 4019001051 PEDIDO: OV87490043\_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

RESERVADO AO FISCO

Recebi e conteri os Mater ai  
 09/12/25  
 Francielly Martins Montarule  
 Ass. Respo.ável Recebimento

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco até o vencimento.</b>						Vencimento <b>08/01/2026</b>
Beneficiário <b>SERVIMED COMERCIAL LTDA</b>						Agência / Código do Beneficiário <b>0001/08111786-3</b>
CNPJ: <b>44.463.156/0001-84</b>						
Data do Documento <b>10/12/2025</b>	Número do Documento <b>012069799a</b>	Tipo Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>10/12/2025</b>		Nosso Número <b>01/00000074018-0</b>
Uso do Banco <b>8650</b>	Cip <b>000</b>	Carteira <b>01</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	x Valor <b>(=) Valor do Documento 676,26</b>	
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário						(-) Desconto / Abatimento
APÓS 11/01/2026 COBRAR MULTA DE ..... R\$ 13,53 APÓS 08/01/2026 + TX. PERM. AO DIA DE: R\$ 2,71 PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS						(-) Outras Deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(=) 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
Pagador/Avalista: <b>SERVIMED COMERCIAL LTDA</b>						CNPJ: <b>44.463.156/0001-84</b>

**Cobrança Escritural  
Bradesco**

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
012069799-7	R\$876,26	09/12/2025						

DESCONTOS CONCEDIDOS JÁ APLICADOS NO VALOR DESTES BOLETOS (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

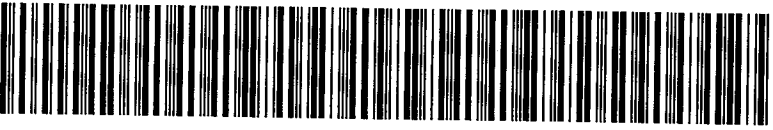
**BMP Money Plus** **[274-0]** **27490.00101 10000.007400 18811.178609 2 13200000067626**

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco até o vencimento.</b>						Vencimento <b>08/01/2026</b>
Beneficiário <b>SERVIMED COMERCIAL LTDA</b>						Agência / Código do Beneficiário <b>0001/08111786-3</b>
CNPJ: <b>44.463.156/0001-84</b>						
Data do Documento <b>10/12/2025</b>	Número do Documento <b>012069799a</b>	Tipo Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>10/12/2025</b>		Nosso Número <b>01/00000074018-0</b>
Uso do Banco <b>8650</b>	Cip <b>000</b>	Carteira <b>01</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	x Valor <b>(=) Valor do Documento 676,26</b>	
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário						(-) Desconto / Abatimento
APÓS 11/01/2026 COBRAR MULTA DE ..... R\$ 13,53 APÓS 08/01/2026 + TX. PERM. AO DIA DE: R\$ 2,71 PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS						(-) Outras Deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(=) 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
Pagador/Avalista: <b>SERVIMED COMERCIAL LTDA</b>						CNPJ: <b>44.463.156/0001-84</b>

**Cobrança Escritural  
Bradesco**

**(2041 / 0000 / 2823 / FRIP )  
(007) 012069799**

Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação



2302025





Pagar com código de barras (versão antiga)

G336071435477334027  
07/01/2026 15:05:27

07/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:05:27  
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BMP SOC CRÉDITO MICROEMP EMPR

=====

27490001011000000740018811178609213200000067626

BENEFICIARIO:

SERVIMED COMERCIAL LTDA EM REC

NOME FANTASIA:

SERVIMED COMERCIAL LTDA EM RECUPERA

CNPJ: 44.463.156/0001-84

BENEFICIARIO FINAL:

SERVIMED COMERCIAL LTDA EM RECUPERA

CNPJ: 44.463.156/0001-84

PAGADOR:

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

CNPJ: 45.708.765/0001-19

=====

NR. DOCUMENTO 10.701

DATA DE VENCIMENTO 08/01/2026

DATA DO PAGAMENTO 07/01/2026

VALOR DO DOCUMENTO 676,26

VALOR COBRADO 676,26

=====

NR. AUTENTICACAO 0.2BB.781.FF6.7B1.A40

=====

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	NF-E Nº 12069809 SÉRIE 7 ROTA: FRIP SETOR: 2823
09/12/2025			

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

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da  
 Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

Nº 12069809  
 SÉRIE 7  
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
 3525 1244 4631 5600 0184 5500 7012 0698 0916 0601 2850

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda merc.adq.receb.de terceiros	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135253862192758 10/12/2025 01:56:04-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 209017636112	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA CNPJ 44.463.156/0001-84

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF		DATA DE EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS ERICORDIA DE IPUA		45.708.765/0001-19		09/12/2025	
ENDEREÇO R FERDINANDO FRATIN		Nº 335	BAIRRO CENTRO	CEP 14610-000	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 09/12/2025
MUNICÍPIO IPUA	FONE/FAX 01638321222	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA	

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	08/01/2026	44,51						

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		
44,51	8,01	0,00	0,00	44,51		
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	44,51	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO / REBOQUE	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL A. R. DE ARAUJO - TRANSPORTES		- Remetent				10.715.918/0001-70
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2220		MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 647553429112	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
1				0,340	0,340	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
CÓD. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	PMC/FF	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QNTD/LOTE	V.UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	VL. ICMS ST	AL. ICMS
430659	ACETILCISTEINA (CISTEIL) 600MG/5G 50ENV HS GEOLAB . PF:90.17 PMGV: R\$87.87 NEG MON LT:2514887 1UN Val:31.10.2027	0,00	30049059	000	5102	CX	1	44,5100	44,51	44,51	8,01		18,00

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: 2019450911 Remessa: 3019152837 Faturamento: 4019001061 PEDIDO: OV87490108_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  2302025 SH. OK  Recebi e conteri os Mater ai 10/12/25 Francilly-maitins@hotmail.com Ass. Respo savel Recebimento	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

MULTIPLICA

[274-0]

Recibo do Pagador

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco até o vencimento.</b>						Vencimento <b>08/01/2026</b>
Beneficiário <b>SERVIMED COMERCIAL LTDA</b>						Agência / Código do Beneficiário <b>0001/293167-3</b>
CNPJ: <b>44.463.156/0001-84</b>						
Data do Documento <b>10/12/2025</b>	Número do Documento <b>40190010612025001</b>	Tipo Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>10/12/2025</b>		Nosso Número <b>01/00000635407-P</b>
Uso do Banco <b>8650</b>	Cip <b>000</b>	Carteira <b>01</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	x Valor <b>(=) Valor do Documento</b> <b>44,51</b>	
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário  <b>APÓS 11/01/2026 COBRAR MULTA DE .... R\$ 0,89</b> <b>APÓS 08/01/2026 + TX. PERM. AO DIA DE: R\$ 0,18</b> <b>PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS</b>						(-) Desconto / Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(=) 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		<b>Cobrança Escritural Bradesco</b>
Pagador/Avalista: <b>SERVIMED COMERCIAL LTDA</b>				CNPJ: <b>44.463.156/0001-84</b>		

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
012069809-7	R\$44,51	09/12/2025						

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 INFO VALOR DATA EMISSÃO TP DOC NFD INFO VALOR

MULTIPLICA

[274-0]

27490.00101 10000.063544 07029.316705 6 13200000004451

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco até o vencimento.</b>						Vencimento <b>08/01/2026</b>
Beneficiário <b>SERVIMED COMERCIAL LTDA</b>						Agência / Código do Beneficiário <b>0001/293167-3</b>
CNPJ: <b>44.463.156/0001-84</b>						
Data do Documento <b>10/12/2025</b>	Número do Documento <b>40190010612025001</b>	Tipo Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>10/12/2025</b>		Nosso Número <b>01/00000635407-P</b>
Uso do Banco <b>8650</b>	Cip <b>000</b>	Carteira <b>01</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	x Valor <b>(=) Valor do Documento</b> <b>44,51</b>	
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário  <b>APÓS 11/01/2026 COBRAR MULTA DE .... R\$ 0,89</b> <b>APÓS 08/01/2026 + TX. PERM. AO DIA DE: R\$ 0,18</b> <b>PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS</b>						(-) Desconto / Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(=) 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		<b>Cobrança Escritural Bradesco</b>
Pagador/Avalista: <b>SERVIMED COMERCIAL LTDA</b>				CNPJ: <b>44.463.156/0001-84</b>		<b>( 2041 / 0000 / 2823 / FRIP )</b> <b>(007) 012069809</b>

Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação







**Pagar com código de barras (versão antiga)**

07/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:09:54  
315603156 0001

**COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS**

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

=====

BMP SOC CRÉDITO MICROEMP EMPR

2749000101100000635440702931670561320000004451

BENEFICIARIO:

SERVIMED COMERCIAL LTDA EM REC

NOME FANTASIA:

SERVIMED COMERCIAL LTDA EM RECUPERA

CNPJ: 44.463.156/0001-84

BENEFICIARIO FINAL:

SERVIMED COMERCIAL LTDA EM RECUPERA

CNPJ: 44.463.156/0001-84

PAGADOR:

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS

CNPJ: 45.708.765/0001-19

-----

NR. DOCUMENTO	10.702
DATA DE VENCIMENTO	08/01/2026
DATA DO PAGAMENTO	07/01/2026
VALOR DO DOCUMENTO	44,51
VALOR COBRADO	44,51

-----

NR.AUTENTICACAO D.35D.D74.883.3A9.F00

=====

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 COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA

AV.MARGINAL NORTE DA RODOVIA DOS B, 2400

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA
0-ENTRADA
1-SAIDA

N. 000062654
SERIE 3
FOLHA 01/02

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3525 1209 9443 7100 0368 5500 3000 0626 5412 2552 8475

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
135253873621392 10/12/2025 16:45:38-03:00

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

DESTINATARIO/REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA
CNPJ/CPF
45.708.765/0001-19
DATA DE EMISSÃO
10/12/2025
ENDEREÇO
R FERDINANDO FRATIN,335
BAIRRO/DISTRITO
CENTRO
CEP
14610-000
DATA ENTRADA/SAÍDA
10/12/2025
MUNICÍPIO
IPUA
FONE/FAX
01638321222
UF
SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA ENTRADA/SAÍDA
16:45:00

FATURA
001
09/01/2026
1.542,75

CALCULO DO IMPOSTO
BASE DE CALCULO DO ICMS
1.542,75
VALOR DO ICMS
194,09
BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.542,75
VALOR DO FRETE
0,00
VALOR DO SEGURO
0,00
DESCONTO
0,00
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS
0,00
VALOR DO IPI
0,00
VALOR TOTAL DA NOTA
1.542,75

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,2200 GALPAO11
MUNICÍPIO
SUMARE
UF
SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL
671495090114
QUANTIDADE
2
ESPECIE
CX
MARCA
NUMERAÇÃO
PESO BRUTO
3,698
PESO LIQUIDO
3,141

Table with columns: 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. Contains 4 rows of product data.

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: 135253873621392
| Pedido:090641 | TERMO DE FOMENTO N 02/2025 ALIQ 12% EM SP,CFME ITEM 24 DO § 1º,ART 34, LEI 6374/89
RESERVADO AO FISCO
Handwritten signature: OK Recebi e conferi os Mater ai 11/12/25 Franckley Martins Monteiro Ass. Respo. pelo Recebimento



**237-2**

23792.69307 20000.000214 82000.188209 7 13210000154275

Local de Pagamento <b>Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.</b>					Vencimento <b>09/01/2026</b>
Beneficiário <b>SULMEDIC COMERCIAL - CNPJ/CPF:009.944.371/0001-04 AV SANTOS DUMONT, 1335 - - SANT ANTONIO 89218-105 - JOINVILLE - SC</b>					Agência/Código Beneficiário <b>02693/1882-1</b>
Data do doc. <b>10/12/2025</b>	Nº do documento <b>062654</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Aceite <b>Não</b>	Data Proces. <b>11/12/2025</b>	Nosso Número <b>02/00/000002182-0</b>
Uso do Banco	Carteira <b>2</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>1.542,75</b>
Pagador: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA - CNPJ/CPF: 045.708.765/0001-19 R FERDINANDO FRATIN,335 - 14610-000 - -</b>					
Beneficiário final: <b>Não informado</b>					<b>Recibo do Pagador</b>

Autenticação Mecânica

**237-2**

23792.69307 20000.000214 82000.188209 7 13210000154275

Local de Pagamento <b>Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.</b>					Vencimento <b>09/01/2026</b>
Beneficiário <b>SULMEDIC COMERCIAL - CNPJ/CPF:009.944.371/0001-04 AV SANTOS DUMONT, 1335 - - SANT ANTONIO 89218-105 - JOINVILLE - SC</b>					Agência/Código Beneficiário <b>02693/1882-1</b>
Data do doc. <b>10/12/2025</b>	Nº do documento <b>062654</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Aceite <b>Não</b>	Data Proces. <b>11/12/2025</b>	Nosso Número <b>02/00/000002182-0</b>
Uso do Banco	Carteira <b>2</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>1.542,75</b>
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) <b>Pagável Preferencialmente nas Agências Bradesco</b>					(-) Descontos/Abatimento
* * VALORES EXPRESSOS EM REAIS * * *					(-) Outras Deduções
DUROS POR DIA DE ATRASO.....2,93					(+) Mora/Multa
TITULO NEGOCIADO PAGAVEL SOMENTE EM BANCO OU REDE DE CORRESPONDENTES					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA - CNPJ/CPF: 045.708.765/0001-19 R FERDINANDO FRATIN,335 - 14610-000 - -</b>					
Beneficiário final: <b>Não informado</b>					<b>Ficha de Compensação</b>

Autenticação Mecânica



Este boleto foi emitido por meio do Bradesco Net Empresa.

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

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

2302025





## Pagar com código de barras (versão antiga)

07/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:11:58  
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.

-----

2379269307200000021482000188209713210000154275

BENEFICIARIO:

SULMEDIC COMERCIAL

NOME FANTASIA:

SULMEDIC COMERCIAL

CNPJ: 09.944.371/0001-04

BENEFICIARIO FINAL:

SULMEDIC COMERCIAL

CNPJ: 09.944.371/0001-04

PAGADOR:

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICO

CNPJ: 45.708.765/0001-19

-----

NR. DOCUMENTO 10.703

DATA DE VENCIMENTO 09/01/2026

DATA DO PAGAMENTO 07/01/2026

VALOR DO DOCUMENTO 1.542,75

VALOR COBRADO 1.542,75

-----

NR.AUTENTICACAO 6.42D.0ED.BD1.F2F.69A

-----

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

**DANFE**

Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica  
 1 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
 Nº 137.242  
 SERIE 1 FOLHA 1/1



3525 1211 8726 5600 0200 5500 1000 1372 4216 9413 2376  
 CHAVE DE ACESSO  
 Consulta de autenticidade no portal nacional da  
 NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

RAZÃO SOCIAL: HDL LOGISTICA HOSPITALAR  
 ENDEREÇO: R MANOEL GOMES DOS SANTOS N.2951 - Galp. 2961 / 2971 - Bairro JARDIM - INDEPENDENCIA, CRAVINHOS, SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 135253857709646  
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 11.872.656/0002-00  
 DATA DE EMISSÃO: 09/12/2025  
 NOME/ENDEREÇO DO SUBST. PRESTADOR: R. FERDINANDO FRATIN N° 335 - CENTRO - IPUA - SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 5599 45.708.765/0001-19  
 UF: SP  
 CEP: 14.610-000

VALOR DE CÁLCULO DO ICMS: 942,70  
 VALOR DO ICMS: 169,69  
 VALOR DE CÁLCULO DO IPI: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 942,70

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00  
 VALOR DO IPI: 0,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 942,70

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	QUANTIDADE	UNID.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ICMS (%)	VALOR ICMS	IPI (%)	VALOR IPI	ICMS ST (%)	VALOR ICMS ST	PIS (%)	VALOR PIS	COFINS (%)	VALOR COFINS	TOTAL
4216	PLACA AFRODISIACIA DUAL REX UNIVERSAL BI PAPIA 12900 I 13015070-08 F. BLAVCO   Lote: 291.07-05 D. Fab: 01/02/25 D. Val: 28/02/20   0,0000   Referencia:12300   EAN:1842722014004	200	UN	5102,00	1.020.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.020.400,00
4145	RIGEL ANTISEPTICO 80G/100ML NEFL STANDARD C/6 BASIC   0519105231   15200 I RIGEL ANTISEPTICO 80G/100ML NEFL SLENTO I RIGUQUINCA   Lote: 2504042 D. Fab: 05/08/25 D. Val: 05/08/27   0,0000   Referencia:0510103231   EAN:011793778021035	000	UN	5102,00	510.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	510.200,00
594	SONDA FOLEY LATEX C/VIAS 14FR 30ML C/BALAO C/10   00000000000000   700	700	UN	5102,00	3.571.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.571.400,00
688	84313   8002950631   MEDICONE   Lote: 25110.134272 D. Fab: 30/10/25 D. Val: 30/10/25   0,0000   Referencia:84313   EAN:1842722014123	000	UN	5102,00	510.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	510.200,00

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 0,00  
 BASE DE CÁLCULO DO ICSS: 0,00  
 VALOR DO ICSS: 0,00  
 VALOR TOTAL DO ICSS: 0,00  
 RESERVADO AO FISCO

Recebi e conferi os Mater ai  
 10/12/25  
 FRANCISCA MARTINS MANTOVANI  
 Ass. Respoável Recebimento



**HDL LOGÍSTICA 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  
 N° 137.242  
 SÉRIE 1 FOLHA 2/1



CHAVE DE ACESSO  
 3525 1211 8726 5600 0200 5500 1000 1372 4216 9413 2376

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

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA  
 VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 279054104117

PROTÓTIPO DE AUTENTICAÇÃO DE USO

135253857709646 09/12/2025 18:20:07

CPF

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 receptor: \_\_\_\_\_

RG do receptor: \_\_\_\_\_

**BANCO ITAU S/A****| 341-7 |**

34191.09008 49312.038927 82179.030000 1 13180000094270

**RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.		CNPJ/CPF 11.872.656/0002-00		Sacador Avalista		Vencimento: 06/01/2026	
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista R MANOEL GOMES DOS SANTOS,2951 GalJARDIM INDEPENDENCIA CRAVINHOS - SP 14.140-000							
Nosso Número 109/00493120-3		Carteira 109	Espécie DM	Quantidade		Valor	Agência/Código Beneficiário 8928/21790-3
Data do Documento 09/12/2025		Número do Documento 137242 - 1		Espécie do Documento	Aceite N	Data Processamento 09/12/2025	Valor do Documento 942,70

Autenticação Mecânica

**BANCO ITAU S/A****| 341-7 |**

34191.09008 49312.038927 82179.030000 1 13180000094270

Local do Pagamento: <b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ</b> <b>APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ</b>						Vencimento: 06/01/2026	
Beneficiário HDL LOGISTICA HOSPITALAR LTDA.				CNPJ/CPF 11.872.656/0002-00		Agência/Código Beneficiário 8928/21790-3	
Data do Documento 09/12/2025		Número do Documento 137242 - 1		Esp.Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 09/12/2025	Nosso Número 109/00493120-3
Uso do Banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento 942,70
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.  APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 18,85 APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 1,89 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 14.610-000-IPUA -SP Sacador/Avalista							

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



2302025

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 09 / 12 / 2025

**Responsavel pela cotação:**

## COTAÇÃO DE PREÇOS

DESCRIÇÃO DO ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE	FONECEDOR: HDL		FONECEDOR: Dimaster		FONECEDOR: Futura		FONECEDOR: Cirurgica R. Pato	
			VALOR	TELEFONE: 5300	VALOR	TELEFONE: 2600	VALOR	TELEFONE: 9494	VALOR	TELEFONE: 2829
Placa eletrocirurgica.	un.	30	5,99	(34)3221-	8,76	(54)3523-	7,96	(15)3251-	-	(16)3963-
Sonda Foley latex e vias 16FR e/boião.	cx.	03	21,00	5300	23,40	2600	21,865	3251-	24,40	3963-
Tubo de silicone nº 204	un.	01	124,00		-		-		-	
Obs: O item Tubo de silicone nº 204 só tem 1 cotação por estar em falta nas seguintes empresas:										
Dimaster - (54)3523-2600										
Futura - (15)3251-9494										
Cirurgica R. Pato - (16)3963-2829										

**Contato:** Sonda

**Contato:** Paulo

**Contato:** Irmã Maria

**INSTRUMENTO PARTICULAR  
DE CONTRATO DE VENDA E COMPRA  
PARA ENTREGA FUTURA E OUTRAS AVENÇAS**

Pelo presente "*Instrumento Particular de Contrato de Venda e Compra para Entrega Futura*", de um lado, a empresa **HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado devidamente inscrita no CNPJ sob n.º 11.872.656/0002-00, com sede na Rua: Manoel Gomes dos Santos, nº 2921, CEP: 12140-000 na Cidade de Cravinhos – S.P, neste ato representada pelo Sócio Proprietário, **HAROLDO JOSÉ ROSA SUSSEL**, brasileiro, casado, RG 20.360.300 SSP/SP e CPF 090.852.928-75, doravante denominada simplesmente **VENDEDORA**, e de outro lado a empresa **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUÃ**, como pessoa jurídica de direito privado devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 45.708.765/0001-19, com sede à rua Ferdinando Fratin, nº335, Centro, na cidade de Ipuã/SP, CEP: 14610-000 Neste ato representada na forma de seu Contrato Social por sua gestora administrativa **MIRIAM APARECIDA GIROLAMO DOS SANTOS**, brasileira, RG 24.306.966-2 SSP/SP e CPF 150.710.808-77 doravante denominada simplesmente **COMPRADORA**, têm entre si, como justo e acordado, o quanto segue.

**Cláusula 1ª – DO OBJETO.**

1.1. A **COMPRADORA** se compromete a comprar da **VENDEDORA** no prazo contratual acordado, os produtos contidos no Anexo I.

1.2. Em decorrência do contrato de compra e venda para entrega futura ora pactuada, a **VENDEDORA** manterá os equipamentos à **COMPRADORA** em regime de comodato descritos no Anexo II, com todos os pertences e em estado de servir ao uso que se destina.

1.3. Caso ocorram avarias nos equipamentos, a **VENDEDORA** se compromete a efetuar a substituição. Como condição para que seja realizada a substituição, a **VENDEDORA** fará o recolhimento do equipamento defeituoso/danificado.

1.3.1. A **COMPRADORA** deverá servir-se do equipamento com observação estrita do respectivo manual e treinamento ministrado no ato da instalação.

1.3.2. Se ficar comprovado que a avaria ocorreu em virtude de má utilização pela **COMPRADORA**, a **VENDEDORA** fará a manutenção ou substituição do equipamento, sendo que a **COMPRADORA** terá que arcar com estes custos.



1.4. Durante o período de vigência deste contrato, a **COMPRADORA** somente poderá adquirir os produtos descritos no Anexo I da **VENDEDORA**. Caso a **VENDEDORA** verifique que a **COMPRADORA** esteja utilizando produtos de outras marcas, o presente contrato poderá ser rescindido, independentemente de cumprimento de aviso prévio, devendo a **COMPRADORA** responder pelo descumprimento contratual, nos termos das Cláusulas 11.8 e 11.9.

1.4.1 A exclusividade tratada nesta cláusula fica condicionada, portanto é relativa, ao fornecimento imediato dos produtos pela **VENDEDORA** à **COMPRADORA** sempre que solicitado, de modo a não ocorrer falta ou escassez do produto nas dependências da **COMPRADORA**. Caso eventualmente não possa a **VENDEDORA** fornecer imediatamente o produto necessário, fica desde já autorizada a **COMPRADORA** a adquiri-los de outro fornecedor.

1.4.2 A **COMPRADORA** não se responsabiliza por qualquer aplicação de multa, penalidade e/ou apreensão judicial dos produtos em decorrência de falhas e/ou vícios nos documentos obrigatórios e/ou omissão de qualquer exigência legal.

1.4.3 Não haverá compromisso pela **COMPRADORA** de adquirir da **VENDEDORA** quantidade mínima e mensal dos produtos, ante à variação nos quantitativos mensais de acordo com a sazonalidade da demanda, ficando, contudo, a **COMPRADORA** obrigada a assegurar a compra dos produtos descritos no Anexo I no decorrer do prazo contratual atendendo a estimativa do período contratual acordado. Todavia, haverá exclusividade de utilização dos dispensadores somente com o produto fornecido pela **VENDEDORA**, o qual deverá ser entregue no prazo de dois dias da solicitação, sendo que os pagamentos serão efetuados conforme data de vencimento contido em nota fiscal.

1.4.4 A **VENDEDORA** somente poderá negociar qualquer título decorrente do fornecimento ajustado neste instrumento com prévia e expressa autorização da **COMPRADORA**.

## Cláusula 2ª – DO PRAZO E DA RESCISÃO.

2.1. O presente contrato vigorará e produzirá os seus efeitos pelo prazo 12 (doze) meses, e será prorrogado mediante termo aditivo contratual celebrado pelas partes, sendo que o preço dos produtos será reajustado somente em caso de prorrogação da referida vigência, através do índice IGPM.



2.2. Qualquer uma das partes, a qualquer tempo, poderá rescindir o presente contrato, devendo para tanto conceder aviso prévio escrito de 90 (noventa) dias, respondendo pelas penalidades previstas nesse contrato, pelo fato de rescindir o mesmo antes do término do prazo de vigência.

Em eventual prorrogação de vigência inicialmente estipulada, qualquer das partes poderá rescindir o contrato a qualquer tempo, sem ônus, desde que notificada à outra parte com antecedência de 30 dias.

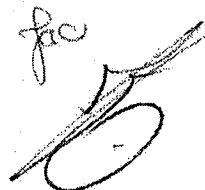
2.3. Este contrato será imediata e automaticamente rescindido de pleno direito, independentemente de qualquer interpelação ou notificação, na ocorrência de uma ou mais hipóteses previstas em lei, além da ocorrência de:

- a) Encerramento das atividades de qualquer das partes;
- b) Requerimento da recuperação judicial ou extrajudicial ou decretação de falência de qualquer das partes contratantes;
- c) Requerimento e/ou decretação de liquidação extrajudicial ou insolvência civil, de qualquer das partes contratantes;
- d) Descumprimento ou infração de uma ou mais cláusulas contratuais por qualquer das partes contratantes desde que devidamente notificada por escrito e que não tenha corrigido o problema no prazo de 05 (cinco) dias;
- e) Quando as atividades normais de qualquer uma das partes forem sustadas, proibidas ou substancialmente alteradas em consequência de medidas diretas ou indiretas tomadas por autoridades governamentais;

2.4. O não cumprimento das obrigações por qualquer das partes, será considerada motivo justo para rescisão contratual, arcando o devedor com as penalidades previstas no presente contrato.

### **Cláusula 3ª - DA FORMA DE PAGAMENTO.**

3.1. O vencimento da fatura será de 28 dias da emissão da Nota Fiscal.



3.2. Em caso de atraso no pagamento de qualquer valor estipulado neste contrato, a **COMPRADORA** pagará multa de 2% (dois por cento) do valor da fatura, mais juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pela variação do IGP-M/FGV.

3.3 A **COMPRADORA** não se responsabiliza pelo pagamento de juros moratórios quando o atraso no pagamento decorrer do descumprimento pela **VENDEDORA** de qualquer condição estabelecida neste instrumento, bem como por inexecução total da **ORDEM DE COMPRA**.

3.4 Os preços estabelecidos no presente contrato somente serão reajustados a partir de eventual prorrogação da vigência.

3.5 Considera-se que os preços ajustados são CIF, integram os preços a serem cobrados da **COMPRADORA** os tributos incidentes, seguros, taxas e demais despesas de comercialização e transporte, não podendo ser cobrado pela **VENDEDORA** nada além do valor previsto pelo produto.

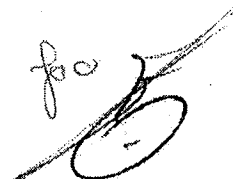
3.6 A entrega dos produtos será realizada em até 02 (dois) dias, obriga-se ainda, a dar prioridade de atendimento aos pedidos feitos pela **COMPRADORA** da data de emissão do pedido com as respectivas faturas/duplicatas, no almoxarifado da **COMPRADORA**. Assim a **VENDEDORA** emitirá o faturamento correspondente quando houver pedidos realizados, mediante nota fiscal-fatura em desfavor da **COMPRADORA**.

3.7 O não atendimento de qualquer das condições previstas neste Contrato poderá acarretar, a critério da **COMPRADORA**, a retenção, parcial ou total do pagamento até que seja solucionado o problema, sem prejuízo da parte inocente de pleitear a rescisão deste Instrumento, bem como das demais sanções contratuais e legais.

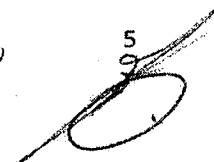
3.8 A praça de pagamento será sempre o local da sede da **COMPRADORA**.

#### **Cláusula 4ª – DAS OBRIGAÇÕES DA VENDEDORA.**

4.1. A **VENDEDORA** assume integral e exclusiva responsabilidade por toda e qualquer eventual reclamação trabalhista que vier a ser proposta contra a mesma ou contra a **COMPRADORA**, por funcionários ou prepostos da **VENDEDORA**, em função dos equipamentos comodatados em relação a este contrato ou seus eventuais aditamentos, mesmo que houver legislação sobre a matéria que possa provocar interpretação diferente.



- 4.2. Os tributos que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente contrato, ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade da **VENDEDORA**, desde que de sua obrigação, conforme definido em lei tributária.
- 4.3. Estar devidamente registrado junto aos Órgãos Públicos e entidades competentes, atestando a regularidade de toda a documentação exigida por lei.
- 4.4 A **VENDEDORA** compromete-se, ainda, a assegurar à **COMPRADORA** a concessão dos benefícios oriundos de eventuais descontos e/ou promoções que venham a ser praticados em seu mercador de atuação, sobre os preços em vigor na data de cada emissão da **ORDEM DE COMPRA**.
- 4.5 A **VENDEDORA** se obriga ainda a substituir de imediato os equipamentos por outros de igual natureza, com as mesmas especificações ou que as elas equivalham caso os equipamentos ora entregues deixem de funcionar adequadamente.
- 4.6 A **COMPRADORA** deve devolver a **VENDEDORA** em até 20 (vinte) dias, os equipamentos após o término do comodato ainda que com depreciação natural em função de uso. Os equipamentos ficarão à disposição da **VENDEDORA** que deverá retirá-los diretamente nas dependências da **COMPRADORA**.
- 4.7 A **COMPRADORA** cuidará para que pessoas não habilitadas ou não comprovadamente capacitadas manipulem ou utilizem os equipamentos.
- 4.8 Todo e qualquer conserto dos equipamentos, desde que decorrentes do seu uso normal, será efetuado pela **VENDEDORA**.
- 4.9 Neste caso, nada será cobrado por serviço ou material utilizado para tal fim. Em caso contrário, a **COMPRADORA** devera arcar com tais custos, conforme demonstrativo da **VENDEDORA**.
- 4.10 Nas hipóteses de perda total do equipamento objeto deste, por furto, roubo ou qualquer ato de força maior ou imprevisto, cobrar-se-á da **COMPRADORA** o valor de indenização previsto no item 4.11.
- 4.11 As partes estão de acordo em atribuir ao valor dos equipamentos objeto deste contrato o valor descrito neste para fim única e exclusivamente de indenização, nos casos previstos no item 4.10 deste instrumento, valor este ou igual ao lançado na nota fiscal de entrega dos equipamentos, ocasião em que será lançado pela **VENDEDORA**, o valor do seu custo de tais equipamentos. O valor acima estabelecido para fins de indenização deverá ter atualização monetária conforme variação do IGP-M (Índice Geral de



Preços – Mercado), tendo como base o mês anterior ao da data de emissão da Nota Fiscal de entrega do equipamento, até o mês anterior ao da data de pagamento do referido valor, e na menor periodicidade legalmente prevista.

#### **Cláusula 5ª – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPRADORA.**

5.1. A **COMPRADORA** obriga-se a pagar pelas compras dos materiais em conformidade com as premissas e condições estabelecidas neste Instrumento.

5.2. A **COMPRADORA** compromete-se a permitir o acesso dos empregados da **VENDEDORA** ao local onde os Equipamentos estão instalados, sempre que esta julgar necessário.

#### **Cláusula 6ª – DA TOLERÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES.**

6.1. A tolerância por qualquer das partes na exigência do cumprimento de quaisquer obrigações previstas neste instrumento, não exime a outra parte de responsabilidade, podendo ser exigido o inadimplemento das obrigações e/ou consequentes perdas e danos, além de outras cominações ou penalidades previstas neste contrato.

#### **Cláusula 7ª – DO NÃO EXERCÍCIO DOS DIREITOS.**

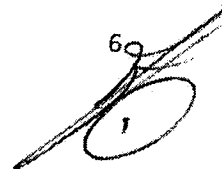
7.1. Fica expressamente convencionado, que o não exercício, por qualquer das partes, de qualquer direito a ela conferido pelo presente instrumento, ou qualquer tolerância em impor estritamente seus direitos, incluindo a eventual aceitação das obrigações da outra parte, serão consideradas como mera liberalidade, não implicando novação, renúncia ou perdão a quaisquer direitos oriundos desse inadimplemento. O silêncio das partes não acarretará consentimento tácito.

#### **Cláusula 8ª – DA FORMA DE ALTERAÇÃO CONTRATUAL.**

8.1. Toda e qualquer alteração das disposições contidas neste contrato serão válidas se realizadas por aditivo contratual com as mesmas formalidades aqui contidas.

#### **Cláusula 9ª – DO SIGILO CONTRATUAL E DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS**

9.1. A **VENDEDORA** declara que, para a concretização do fornecimento de materiais objeto deste Contrato, não receberá quaisquer dados pessoais de médicos e/ou pacientes da **COMPRADORA**, especialmente nome, gênero, data de nascimento, CPF, RG, ou quaisquer dados sensíveis, exceto os nomes específicos do



procedimento médico ou produto/medicamento em si. Se a **COMPRADORA** enviar os dados pessoais vedados nesta Cláusula à **VENDEDORA**, será exclusiva a sua responsabilidade perante a **VENDEDORA** por eventuais danos causados ao titular dos dados.

#### **Cláusula 10ª – DA RESPONSABILIDADE SOCIAL.**

**10.1.** As Partes se comprometem a combater práticas de trabalho ilegal, escravo e de crianças e adolescentes, bem como a praticar esforços nesse sentido junto aos seus respectivos fornecedores de produto e serviços a fim de que esses também se comprometam a fazer esforços nesse sentido em seus respectivos estabelecimentos comerciais.

**10.2.** As Partes se comprometem a combater práticas de discriminação negativas e limitativas ao acesso na relação de emprego ou a manutenção, tais como, sexo, origem, raça, cor, condição física, religião, estado civil, idade ou situação familiar, bem como a praticar esforços nesse sentido junto aos seus respectivos fornecedores de produtos e serviços, a fim de que esses também se comprometam a fazer esforços nesse sentido visando, prevenir e combater práticas discriminatórias negativas em seus respectivos estabelecimentos comerciais.

**10.3.** As Partes se comprometem a proteger e preservar o meio ambiente, bem como a prevenir e combater qualquer agressão, perigo ou risco de dano ao meio ambiente, executando seus serviços em observância das leis, regulamentos, atos normativos e administrativos relativos à área de meio ambiente.

#### **Cláusula 11ª – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.**

**11.1.** As partes se comprometem a enviar uma à outra comunicação imediata por escrito sobre qualquer alteração ocorrida em seus dados cadastrais, bem como sobre a ocorrência de qualquer evento capaz de ameaçar ou causar impacto substancial sobre sua capacidade de cumprir suas obrigações objeto deste Contrato.

**11.2.** Qualquer notificação ou outro tipo de comunicação consoante o presente documento será considerada devidamente efetuada quando elaborada por escrito e entregue pessoalmente ou enviada por serviço confiável de courier com protocolo de confirmação ao endereço da parte destinatária, conforme indicado no preâmbulo. Quando for apropriado para salvaguarda de direitos, as partes poderão notificar uma à outra através de whatsapp, Skype, telefone e/ou comunicação eletrônica (e-mail), devendo em seguida ratificar a comunicação, por escrito, com protocolo de recebimento, em juízo ou fora dele.

**11.3.** As partes reconhecem expressamente este instrumento como um título executivo extrajudicial, segundo previsão contida no artigo 585, inciso II, do Código de Processo Civil, permitindo a sua imediata execução



em caso de infração a qualquer uma das obrigações aqui pactuadas, independentemente de notificação ou aviso prévio.

11.4. O presente Instrumento obriga as Partes, assim como seus herdeiros e sucessores, a qualquer título.

11.5. No caso de qualquer disposição, ou parte de qualquer disposição deste Instrumento, ser nula ou não executável, tal disposição, ou sua parte, deverá ser ignorada, e o restante do Instrumento permanecerá em vigor como se ela não existisse.

11.6. As Partes se comprometem a não ceder, total ou parcialmente, quaisquer das obrigações ora assumidas, sem a prévia e expressa anuência da outra Parte, sendo qualquer cessão ou transferência efetuada sem a devida autorização considerada nula e sem efeito.

11.7. As disposições do presente contrato substituem e prevalecem sobre todas e quaisquer avenças havidas anteriormente entre as partes, as quais ficam, por este instrumento, expressamente revogadas.

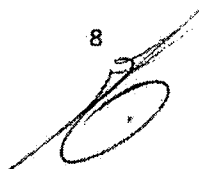
11.8. Convencionam as partes que a aquisição de produto de outra marca para utilização no bem cedido em comodato, poderá ensejar a denúncia e rescisão do contrato, sujeitando-se a parte inadimplente ao pagamento de indenização equivalente a 10% (dez por cento) da soma do valor dos TRÊS últimos faturamentos, indenização esta que também será cabível para o caso de a **VENDEDORA** rescindir o contrato antes de seu vencimento ou descumprir qualquer disposição contratual nos termos da cláusula 2.4.

11.9. Havendo o término do acordo, de forma motivada ou imotivada, cumprirá a **COMPRADORA** restituir os bens cedidos em **COMODATO**, em perfeito estado de funcionamento, oportunidade em que deverá emitir a competente nota fiscal ou declaração de devolução, que, registrada com a assinatura do representante da **VENDEDORA** consubstanciará o final da avença.

11.10. 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 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 12ª - DO FORO.**



12.1. Fica eleito o foro da Comarca de Cravinhos, Estado de São Paulo, para dirimir eventuais questões ou litígios resultantes deste Contrato, renunciando as partes todo e qualquer outro, por mais privilegiado que seja.


E, por terem lido e por estarem às partes em pleno acordo com o disposto neste *Instrumento Particular de Contrato de Compra e Venda para Entrega Futura e Outras Avenças*, assinam-no na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo, em 02 (duas) vias de igual teor e conteúdo, destinando-se uma via para cada uma das partes contratadas neste instrumento, para que faça a cada uma os mesmos efeitos e direitos.

Cravinhos/SP, 01 de Setembro de 2024

  
Haroldo J. R. Susse  
HDL Logística Hospitalar Ltda


**HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA.**

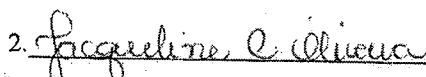
Vendedora

  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

Compradora

Testemunhas: -

1.   
Nome: João Paulo Henrique Costa  
CPF: 341.232.868-52

2.   
Nome: Jacqueline Claudino De Oliveira  
CPF: 199.636.528-24

fac

**ANEXO I**

	Descrição	Marca	Qtd.	Cx. C/	Vir. Unit.	Vir. Cx.	Vir. St.	Vir. Total	CO	Cod. Anvisa
1	2516-CLOREXIDINA (RIOHEX) 0,6% 100ML SOL. ALCOOLICA TWIST OFF - C/30 - 0510101609	RIOQUIMICA	2	30	2,0200	60,60	0,00	121,20	SP	ISENTO
2	2930-CLOREXIDINA (RIOHEX) 0,2% 100ML DERMO SUAVE SOL. AQUOSA TWIST OFF - C/30 - 0510300305	RIOQUIMICA	1	30	1,4600	43,80	0,00	43,80	SP	000000000000
3	2653-DETERGENTE ENZIMÁTICO (RIOZYME ECO) SL - 0510201852	RIOQUIMICA	1	1	124,7400	124,74	0,00	124,74	SP	3132903850029
4	4405-RIOMAX LUXURY ERVA DOCE ESPUMA 1000ML C/6 - 0530591148	RIOQUIMICA	1	6	51,0000	306,00	0,00	306,00	SP	000000000000
5	4145-RIOGEL ANTISSEPTICO 800/1000ML REPL. STANDARD C/6 BASIC - 051019231	RIOQUIMICA	1	6	48,0000	288,00	0,00	288,00	SP	ISENTO
6	2019-PEROXÍDIO DE HIDRÓGENO (ÁGUA OXIGENADA) 10VDL C/30 FR 100ML TWIST OFF - 0520190482	RIOQUIMICA	2	30	1,5100	45,30	0,00	90,60	SP	ISENTO
7	2918-CLOREXIDINA (RIOHEX) 2% 100ML C/ENSOATIVO TWIST OFF - C/30 FR - 0510101718	RIOQUIMICA	1	30	2,9000	87,00	0,00	87,00	SP	ISENTO

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.

**HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA.**

Vendedora

Haroldo J. R. Sussol  
 HDL Logística Hospitalar Ltda

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**

Compradora

Testemunhas: -

1. João Paulo Henrique Costa

Nome: João Paulo Henrique Costa

CPF: 341.232.868-52

2. Jacqueline Claudino De Oliveira

Nome: Jacqueline Claudino De Oliveira

CPF: 199.636.528-24


Cravinhos/SP, 01 de Setembro de 2024

fo

**ANEXO II**

Quantidade	Descrição	Marca	Qtd.	Cx. C/	Vlr. Unit.	Vlr. Cx.	Vlr. St.	Vlr. Total	ID	Cod. Anvisa
1	3167 SABONETEIRA ESPUMAS/SPRAY STANDARD MANUAL 1L-0810400905	RIOQUIMICA	82	1	250,0000	250,00	0,00	20500,00	SP	00000000000000

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.

  
 HDL LOGÍSTICA HOSPITALAR LTDA.

Vendedora

Haroldo J. R. Susse  
 HDL Logística Hospitalar Ltda

  
 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

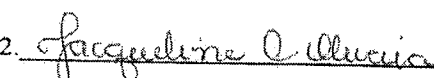
Compradora

Testemunhas

1. 

Nome: João Paulo Henrique Costa

CPF: 341.232.868-52

2. 

Nome: Jacqueline Claudino De Oliveira

CPF: 199.636.528-24

Cravinhos/SP, 01 de Setembro de 2024



Pagar com código de barras (versão antiga)

07/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:13:05  
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.

34191090084931203892782179030000113180000094270

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	10.704
DATA DE VENCIMENTO	06/01/2026
DATA DO PAGAMENTO	07/01/2026
VALOR DO DOCUMENTO	942,70
JUROS/MULTA	20,74
VALOR COBRADO	963,44

NR.AUTENTICACAO E.062.9B6.4F9.B5D.75D

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 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

N. 000061995  
SÉRIE 3  
FOLHA 01/01



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
3525 1209 9443 7100 0368 5500 3000 0619 9515 7801 0365

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

**Sulmedic**

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS  
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 13525377649079 04/12/2025 11:38:32-03:00

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

**DESTINATARIO/REMETENTE**  
NOME/RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA  
ENDEREÇO: R FERDINANDO FRATIN,335  
MUNICÍPIO: IPUA  
FONE/FAX: 01638321222  
UF: SP  
BAIRRO/DISTRITO: CENTRO  
CEP: 14610-000  
CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19  
DATA DE EMISSÃO: 04/12/2025  
DATA ENTRADA/SAÍDA: 04/12/2025  
HORA ENTRADA/SAÍDA: 11:38:00

FATURA  
001  
03/01/2026  
974,47

**CALCULO DO IMPOSTO**  
BASE DE CALCULO DO ICMS: 974,47  
VALOR DO ICMS: 121,07  
BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 974,47  
VALOR DO FRETE: 0,00  
VALOR DO SEGURO: 0,00  
DESCONTO: 0,00  
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00  
VALOR DO IPI: 0,00  
VALOR TOTAL DA NOTA: 974,47

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**  
RAZÃO SOCIAL: 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,2200 GALPAO11  
MUNICÍPIO: SUMARE  
UF: SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 671495090114  
QUANTIDADE: 1  
ESPECIE: CX  
MARCA:  
NUMERAÇÃO:  
PESO BRUTO: 5,657  
PESO LIQUIDO: 4,807

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
M10390	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML (A2) - GEN-SOL INJ IM/IV-50AMP 1ML-UNIAO QUIMICA LOTE:2524077 - Val:30/06/2027Resolucao do Senado Federal num. 13/12, Numero da FCI 6C5014A1-63C6-4300-980 2-926051A4AC17.; Fab: 02/06/2025	30049039	500	5102	CX	6,0000	41,7500	250,50	250,50	30,06	0,00	12,00%	0,00%
M10312	UNIMEDROL 500MG - SUC SOD METILPRED NISOLONA-PÓ INJ IM/EV-01FA-UNIAO QUIMICA(POS) LOTE:2544767 - Val:31/10/2027; Fab: 01/10/2025	30043999	500	5102	CX	3,0000	22,9900	68,97	68,97	12,41	0,00	18,00%	0,00%
M11574	OMEPRAZOL SODICO 40MG - GEN-PO SOL INJ IV-20FA+20DILX10ML-BLAU LOTE:25100454 - Val:30/06/2027Resolucao do Senado Federal num. 13/12, Numero da FCI 7D8D00DC-09FC-4B4F-8F 84-016674BF1692.; Fab: 10/06/2025	30049069	500	5102	CX	5,0000	131,0000	655,00	655,00	78,60	0,00	12,00%	0,00%

**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 ANÁLISE, SOLICITAR POR E-MAIL: qualidade@sulmedic.com  
Protocolo: 13525377649079  
Pedido:089446 | TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025 ALIQ 12% EM SP,CFME ITEM 24 DO § 1º.ART 34, LEI 6374/89  
2302025  
Recebi e conteri os Mater ai  
05/12/25  
Francelly Martins Martorelle  
Ass. Respo.ável Recebimento  
RESERVADO AO FISCO



Beneficiário <b>SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b> <b>SANTOS DUMONT - 1355</b> <b>SANTO ANTONIO</b> <b>Joinville - SC</b> <b>09.944.371/0001-04</b> <b>89218-105</b>	Vencimento <b>08/01/2026</b>	Valor do Documento <b>974,47</b>
	(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
	(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) <b>APOS 5 DIAS VENCTO, PROTESTO E NEG. SPC</b> <b>APOS VENCIMENTO MORA/DIA DE: R\$ 0.97</b>	Data de Emissão <b>04/12/2025</b>	(=) Valor cobrado
	Coop Contr/Cód. Beneficiário <b>3039/3845419</b>	
	Nosso Número <b>288814</b>	

## Dados do Pagador

Nome do pagador <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS</b>	Número do Documento <b>3 000061995</b>	
Endereço <b>R FERDINANDO FRATIN,335</b>		
Bairro / Distrito <b>CENTRO</b>		
Município <b>IPUA</b>	UF <b>SP</b>	CEP <b>14610-000</b>
Mensagem Pagador  <b>J30 2025</b>		

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



756

75691.30391 01384.541908 02888.140015 7 13200000097447

Local de pagamento <b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>					Vencimento <b>08/01/2026</b>
Beneficiário <b>SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b> <b>09.944.371/0001-04</b>					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário <b>3039/3845419</b>
Data do documento <b>04/12/2025</b>	N. documento <b>3 000061995</b>	Espécie <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data processamento <b>05/12/2025</b>	Nosso número <b>288814</b>
Uso do Banco	Carteira <b>1</b>	Espécie <b>Real</b>	Quantidade <b>0,00</b>	Valor	Valor documento <b>974,47</b>
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) <b>APOS 5 DIAS VENCTO, PROTESTO E NEG. SPC</b> <b>APOS VENCIMENTO MORA/DIA DE: R\$ 0.97</b>  EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3039 SICOOB SÃO MIGUEL SC/PR/RS					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS</b> <b>R FERDINANDO FRATIN,335</b> <b>CENTRO</b> <b>IPUA - SP</b> <b>45.708.765/0001-19</b> <b>14610-000</b>					(+) Outros acréscimos
Beneficiário final					(=) Valor cobrado



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 04 / 12 / 2025

**Responsável pela cotação:** Francisco Martins de Azevedo

## COTAÇÃO DE PREÇOS

DESCRIÇÃO DO ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE	FONECEDOR:		FONECEDOR:		FONECEDOR:	
			VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Elividrate de Somadol 50mg/ml	cc.	06	41,75	53,33	117,80	50,70		
Uni-medrol 50mg - metil.	cc.	03	82,99	25,95	24,03	2594		
Mednisolona								
Omniprozol 100mg 40mg	cc.	05	131,00	236,11	274,81	154,76		
inj. IV.								

**FONECEDOR:** Submedic  
 (47)3473-  
 TELEFONE: 8845  
 CONTATO: Leonardo

**FONECEDOR:** Hospitalar  
 (16)2101-  
 TELEFONE: 9400  
 CONTATO: Daniel

**FONECEDOR:** Servimed  
 (14)2106-  
 TELEFONE: 2011  
 CONTATO: Ricardo

**FONECEDOR:** Futura  
 (15)3251-  
 TELEFONE: 9494  
 CONTATO: Leonardo



## Pagar com código de barras (versão antiga)

G336081054682375025  
08/01/2026 11:20:5508/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 11:20:55  
315603156 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SICCOB S.A.

75691303910138454190802888140015713200000097447

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	10.801
DATA DE VENCIMENTO	08/01/2026
DATA DO PAGAMENTO	08/01/2026
VALOR DO DOCUMENTO	974,47
VALOR COBRADO	974,47

NR.AUTENTICACAO D.C8D.F5B.195.B88.2A2

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.



F&F Distribuidora de Produtos Farmacêuticos Ltda

AV do Acesso Oeste, 31 - KM312 GALP03 MOD05 06 E 07 - Penedo Itatiaia - RJ - CEP: 27.580-000 - FONE: (24) 3512-5680

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA 1

Nº 303465  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO 3325 1110 8541 6500 1822 5500 1000 3034 6511 7361 7290

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 merc.adq.rec.terceiros dest.ñ contribuinte  
PROT. DE AUTORIZAÇÃO: 2332504566074015 19/11/2025 15:48:45

CRT (Código de Regime): 3 - Regime Normal  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 11774512  
INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIA: 819017100118  
CNPJ/CPF: 10.854.165/0018-22

DESTINATÁRIO/REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL: IRM STA CASA DE MIS IPUA  
CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19  
DATA DE EMISSÃO: 19/11/2025  
ENDEREÇO: R FERDINANDO FRATIN, 335  
BAIRRO: CENTRO  
CEP: 14.610-000  
DATA DE ENTRADA/SAÍDA: 19/11/2025  
MUNICÍPIO: IPUA  
UF: SP PAIS: Brasil  
FONE/FAX: (16)3832-1222  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: [blank]  
HORA DE ENTRADA/SAÍDA: 15:48:35

FATURA	NUMERO FATURA	VALOR ORIGINAL	DESCONTO	VALOR LIQUIDO
	0097618989	2.094,00	0,00	2.094,00

DUPLICATA	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
	001	14/01/2026	2.094,00						

FORMA DE PAGAMENTO	FORMA PAGAMENTO	VALOR	FORMA PAGAMENTO	VALOR
	Boleto Bancario	2.094,00		
			VALOR TROCO	

CÁLCULO IMPOSTO							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR TOTAL IBS	VALOR TOTAL CBS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.094,00	251,28	0,0	0,0	0,00	0,00	2.094,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR IMP SELETIVO	DESCONTO	OUTRAS	VALOR TOTAL DO IPI	VLR APROX DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,0	0,00	0,00	0,00		2.094,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
RAZÃO SOCIAL: LOGFAR LOGISTICA LTDA  
FRETE POR CONTA: REMETENTE  
CÓDIGO ANTT: [blank] PLACA DO VEÍCULO: [blank] UF: [blank] CNPJ: 05.530.576/0021-28  
ENDEREÇO: ROD PRESIDENTE DUTRA 25551  
MUNICÍPIO: QUEIMADOS  
UF: RJ INSCRIÇÃO ESTADUAL: 12877722  
QUANTIDADE: 2 ESPECIE: VOLUME MARCA: [blank] NUMERAÇÃO: [blank] PESO BRUTO: 19,680 PESO LIQUIDO: 19,680

DADOS DO PRODUTO/SERVICOS														
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	ORIG/CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR UNIT	DESC	VLR TOTAL	V TRIB	BC/ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
0000000000001900912	PROVIVE EMU INJ P344/98C1 CX C/5FR X20ML L. A010072A V 28.02.2027 Q 60.000. SIMILAR POSITIVA. Vlr. aprox. trib.: 376,92. Cod. ANVISA:1049714490049.	30049095	7/00	6108	UN	60.0000	34.9000		2.094,00		2.094,00	251,28	0,00	12,00 0,00

Recebi e comentei os Materiais

24 / 11 / 25  
Jacqueline  
Ass. Respo. Save! Recebimento

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Não sujeito a IPI. CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANÁLISE, SOLICITAR POR E-MAIL: CERTIFICADO@UNIAQUIMICA.COM.BR. - TERMO DE FORNIMENTO No 02/2025. Base calculo ICMS: R\$ 2.094,00 Valor ICMS partilha: R\$ 125,64 ICMS FECP: R\$ 0,00. Num. pedido cliente: 02 2025. Ordem de venda: 1021292. Remessa: 8003734746.  
RESERVADO AO FISCO  
2302025.  
5648

**BANCO SANTANDER** | 033-7 | 03399.88198 94700.000808 43794.101014 5 13260000209400

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO GRUPO SANTANDER					Vencimento 14/01/2026
Cedente F&F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA - 010.854.165/0001-84					Agência / Código Cedente 2228-4/8819947
Data do Doc. 19/11/2025	No. do documento 000303465-1//001	Espécie doc. DM	Aceite N	Data de Proces. 19/11/2025	Nosso Número 0000080437941
Uso do Banco	Carteira 101	Espécie Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 2.094,00
Sacado: IRM STA CASA DE MIS IPUA R FERDINANDO FRATIN 335 CENTRO - IPUA 14610-000					CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19

Recibo Sacado

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque no. do banco  
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo banco sacado.

**BANCO SANTANDER** | 033-7 | 03399.88198 94700.000808 43794.101014 5 13260000209400

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO GRUPO SANTANDER					Vencimento 14/01/2026
F&F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA - 010.854.165/0001-84					Agência / Código Cedente 2228-4/8819947
Data do Doc. 19/11/2025	No. do documento 000303465-1//001	Espécie doc. DM	Aceite N	Data de Proces. 19/11/2025	Nosso Número 0000080437941
Uso do Banco	Carteira 101	Espécie Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 2.094,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente)  PROTESTAR APOS 5 DIAS DE VENCIDO NÃO PAGAR AO REPRESENTANTE JUROS DE R\$ 5,24 POR DIA DE ATRASO					(-) Descontos/Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Sacado: IRM STA CASA DE MIS IPUA R FERDINANDO FRATIN 335 CENTRO - IPUA 14610-000					CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica







Pagar com código de barras (versão antiga)

G335121411417934029  
12/01/2026 14:42:09

12/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 14:42:11  
315603156 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

033998819894700008084379410101451326000209400

BENEFICIARIO:

F F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS

NOME FANTASIA:

F F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMA

CNPJ: 10.854.165/0001-84

BENEFICIARIO FINAL:

F F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMA

CNPJ: 10.854.165/0001-84

PAGADOR:

IRM STA CASA DE MIS IPUA

CNPJ: 45.708.765/0001-19

NR. DOCUMENTO	11.201
DATA DE VENCIMENTO	14/01/2026
DATA DO PAGAMENTO	12/01/2026
VALOR DO DOCUMENTO	2.094,00
VALOR COBRADO	2.094,00

NR.AUTENTICACAO 2.F33.99C.7DE.FA0.A2E

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. 270.422

SÉRIE: 0

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35251208231734000193550000002704221002923822

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

135253961750392

2025-12-16T17:34:35-03:

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

Inscrição Estadual  
687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ  
08.231.734/0001-93

CONTATO DIRETO  
SAC FUTURA



### DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social  
2.576 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

CNPJ/CPF  
45.708.765/0001-19

Data da Emissão  
16/12/2025

Endereço  
RUA FERDINANDO FRATIN 335

Bairro/Distrito  
CENTRO

Cep  
14610-000

Data de Saída/Entrada  
16/12/2025

Município  
IPUA

Fone/Fax  
(16)038321222

UF  
SP

Inscrição Estadual  
ISENTO

Hora de Saída

### INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

Razão Social  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

CNPJ  
45.708.765/0001-19

Inscrição Estadual  
ISENTO

Endereço  
RUA FERDINANDO FRATIN

Número  
335

Bairro  
CENTRO

CEP  
14610-000

Cidade  
IPUA

UF  
SP

### FATURA

Dupl.: 270.422/1 Valor: 939,54 Vencdo. 13/01/2026

### CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS 923,68 Valor do ICMS 125,69 Base de Cálculo de ICMS Sub 0,00 Valor do ICMS Sub 0,00 Valor Total dos Produtos 939,54

Valor do Frete 0,00 Valor do Seguro 0,00 Desconto / ICMS Desonerado 0,00 Outras despesas 0,00 Valor do IPI 0,00 Valor Total da Nota 939,54

### TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social  
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta  
1- emitente  
2- destinatário

1

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF  
12.270.745/0004-00

Endereço  
ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município  
SUMARE

UF  
SP

Inscrição Estadual  
671495090114

Quantidade  
3

Especie  
CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto  
8,000

Peso Líquido  
8,000

### DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
53357	CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL 20ML "GENERIC" (B1) HIPOLABOR Lote: 1284/25 Val. 30/09/2027	30049069	000	5102	FR	20,00	2,142500	42,85	42,85	5,14		12,0	
565634	IBUPROFENO 50MG/ML 30ML "IBUPROTRAT" NATULAB Lote: 0032921 Val. 13/05/2027	30049029	020	5102	FR	10,00	2,594800	25,95	10,09	1,82		18,0	
568200	BISOPROLOL 5MG CMP CX C/30 "GENERIC" EMS Lote: 5B8687 Val. 25/08/2027	30049039	000	5102	CX	2,00	7,500000	15,00	15,00	1,80		12,0	
568249	REMIFENTANILA 2MG FR AMP CX C/5 "GENERIC" (A1) CRISTALIA Lote: 50032504 Val. 02/09/2027	30049069	000	5102	CX	5,00	55,733500	278,67	278,67	33,44		12,0	
568646	FENITOINA 50MG/ML 5ML CX C/100 AMP "GENERIC" (C1) HIPOLABOR Lote: AY-010/25M Val. 31/08/2027	30049065	000	5102	CX	1,00	174,513300	174,51	174,51	20,94		12,0	
571575	BUTILBROMETO ESCOPOLAMINA 20MG/ML INJ 1ML C/100 "GENERIC" HYPOFARMA Lote: 25060920 Val. 30/06/2027	30044990	000	5102	CX	2,00	82,540000	165,08	165,08	19,81		12,0	

Cotação 13/29

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. 270.422

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. 270.422

SÉRIE: 0

Página 2 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35251208231734000193550000002704221002923822

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

135253961750392

2025-12-16T17:34:35-03:

Natureza da Operação

VENDE DE MERCADORIA ADQ. OU RECEB. DE TERCEIROS

Inscrição Estadual  
687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Imbutário

CNPJ  
08.231.734/0001-93

CONTATO DIRETO

SAC FUTURA



574167	FRASCO PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL N/ ESTERIL 300ML CX/120 UND FRASCO LIFE Lote : 0156 Val. 01/10/2027	39269030	000	5102	CX	2,00	80,088000	160,18	160,18	28,83		18,0
574239	SONDA URETRAL Nº 12 C/5 MEDSONDA Lote : 82329 Val. 01/08/2029	90183929	000	5102	PCT	20,00	2,997000	59,94	59,94	10,79		18,0
574241	SONDA URETRAL Nº 16 C/10 MEDSONDA Lote : 83200 Val. 03/11/2029	90183929	000	5102	PCT	3,00	5,788000	17,36	17,36	3,12		18,0

Recebi e conferi os Materiais  
18/12/25  
Francelyne Martins Montanelli  
Ass. Responsável 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.309.976	Reservado ao FISCO
---	--------------------

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. Termolâbeis: devolução somente no ato.

Beneficiário FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.LTD/ 08.231.734/0001-93 RUA DR GUALTER NUNES 100 CHACARA JUNQUEIRA TATUI SP 18271-210	Vencimento 13/01/2026	Valor Do Documento 939,54
	(+) Outros Acréscimos	(+) Mora/Multa
	(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções
Instrução (texto de responsabilidade do beneficiário) APOS VENCIMENTO COBRAR 0,28 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO	Data Emissão 16/12/2025	(=) Valor Cobrado
	Agencia / Conta 4522 400771	
	Nosso Número 109/00417471-2	

## Dados Do Pagador

Nome Do Pagador IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA	Número Documento 270422/1
Endereço RUA FERDINANDO FRATIN 335	
Bairro/Distrito CENTRO	
Município IPA	Estado SP
	Cep 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 41747.124521 24007.710007 5 13250000093954

Local de pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPENSACAO					Vencimento 13/01/2026
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.LTDA 08.231.734/0001-93					Agencia / Conta 4522 / 400771
Data Documento 16/12/2025	N Documento 270422/1	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 16/12/2025	Nosso número 109/00417471-2
Uso Do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 939,54
Instrução (texto de responsabilidade do beneficiário) APOS VENCIMENTO COBRAR 0,28 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2% SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO  2302025					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Sacado IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE 45.708.765/0001-19 RUA FERDINANDO FRATIN 335 CENTRO IPUA SP 45.708.765/0001-19					(+) Outros acréscimos
Beneficiário final					(=) Valor Cobrado









Pagar com código de barras (versão antiga)

12/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 14:43:38  
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.

3419109008417471245212400771000751325000093954

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	11.202
DATA DE VENCIMENTO	13/01/2026
DATA DO PAGAMENTO	12/01/2026
VALOR DO DOCUMENTO	939,54
VALOR COBRADO	939,54

NR.AUTENTICACAO 5.8D8.B7C.D17.581.8C2

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.



**Bradesco**

237-2

23792.37304 41011.373515 27027.642902 1 12700000198013

Beneficiário <b>WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA</b>		Agência / Código do Beneficiário <b>2373-6/276429-6</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Carteira/Nosso Número <b>004/10113735127-2</b>
Número Documento <b>13186-611</b>	CPF/CNPJ <b>35.820.448/0001-36</b>	Vencimento <b>19/11/2025</b>		(=) Valor documento <b>1980,13</b>	
(-) Descontos/ Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora/ Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA 45.708.765/0001-19</b> <b>RUA FERDINANDO FRANTIN 335CENTRO</b> <b>IPUA-SP-14610-000</b>					

Autenticação Mecânica

Corte na linha pontilhada

**Bradesco**

237-2

23792.37304 41011.373515 27027.642902 1 12700000198013

Local de Pagamento <b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO</b>				Vencimento <b>19/11/2025</b>	
Beneficiário <b>WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA AV PASTOR MARTIN LUTHER KING JR 35.820.448/0001-36</b>				Agência / Código do Beneficiário <b>2373-6/276429-6</b>	
Data do Documento <b>22/10/2025</b>	Nr Documento <b>13186-611</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>09/01/2026</b>	Carteira/Nosso Número <b>004/10113735127-2</b>
Uso do banco	Carteira <b>004</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento <b>1980,13</b>
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO ** VALORES EXPRESSOS EM REAIS****					(-) Descontos/ Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora/ Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
APÓS O VENCIMENTO DO TÍTULO COBRAR: MULTA DE 2 % S/VALOR DO TITULO APÓS VENCIMENTO JUROS/MORA DE 1 % A.M. (PRÓ RATA DIA)					
Pagador <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA 45.708.765/0001-19</b> <b>RUA FERDINANDO FRANTIN 335CENTRO</b> <b>IPUA-SP-14610-000</b>					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada


**Pagar com código de barras (versão antiga)**

 G335121411417934031  
 12/01/2026 14:44:49

 12/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 14:44:51  
 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.

23792373044101137351527027642902112700000198013

BENEFICIARIO:

WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS

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 MISERICORDIA

CNPJ: 45.708.765/0001-19

NR. DOCUMENTO	11.203
DATA DE VENCIMENTO	19/11/2025
DATA DO PAGAMENTO	12/01/2026
VALOR DO DOCUMENTO	1.980,13
JUROS/MULTA	75,24
VALOR COBRADO	2.055,37

NR.AUTENTICACAO C.0C3.FE6.3BE.FDE.747

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: GILPAO G300 BL 6a/15a18  
 EMPRESARIAL PINEIRA - JORDANESIA CEP:0775-240  
 CAJAMARI/SP  
 Fone: 55114408726

**mafra**  
 -SISTEMA DE CONTABILIDADE-  
 DECONTABILIDADE

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

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1-1 SAIDA  
 N. 000397351  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/02

CHAVE DE ACESSO DANF-E  
 3525 1212 4201 6400 0580 5500 1000 3973 5118 8821 6314

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



PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135253961056048 16/12/2025 16:49:49-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ		DT. EMISS.	
241035584119				12.420.164/0005-80		16/12/2025	
NOME/RAZÃO SOCIAL: IRM. DA STA. CASA DE MIS. DE IPUA (002932-0001)		CNPJ/CPF: 45.708.765/0001-19		DATA ENTRADA/SAÍDA			
ENDEREÇO: R.FERDINANDO FRATIN,335		CEP: 14610-000		HORA ENTRADA/SAÍDA:			
MUNICÍPIO: IPUA		UF: SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL:			
FONE/FAX: 01638321222		CNPJ/CPF:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:			
NOME: IRM. DA STA. CASA DE MIS. DE IPUA		BAIRRO/DISTRITO: CENTRO		CEP: 14610-000			
ENDEREÇO: R.FERDINANDO FRATIN,335 -		BAIRRO/DISTRITO: CENTRO		INSCRIÇÃO ESTADUAL:			
MUNICÍPIO: IPUA		UF: SP		FONE/FAX: 01638321222		OBS/ENTREGA:	
001							
12/01/2026							
1.774,80							
BASE DE CALCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CALCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	
1.774,80		319,46		0,00		0,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		1.774,80	
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		CNPJ/CPF	
DFLOG - TRANSPORTES DE CARÇAS LTDA		0-EMITENTE				12.506.375/0001-07	
ENDERECO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ADE CONJUNTO 07, LOTES 28 E 29		BRASILIA		DF			
QUANTIDADE		ESPECIE DIVERSOS		MARCA		PESO LIQUIDO	
1						2,2780	
COD. PROD		DESCR PROD		NCM/SH		CST	
707712		PACOTE DESAFIO V		38210000		100	
CFOP		UN		QUANT.		V.UNITARIO	
5102		KT		1,0000		1.774,800000	
VLR TOTAL		VLR ICMS		BC.ICMS		BC.ICMS ST	
1.774,80		0,00		1.774,80		0,00	
VLR ICMS ST %ICMS		VLR ICMS		ALIQ.IPI		Q. LOTE	
18,00%		319,46		0,00%		1 F40158	
VALOR DO ISSQN		BASE DE CALCULO DO ISSQN		PESO BRUTO		VALOR DO ISSQN	
				2,2780			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		RESERVADO AO FISCO			
12020				Pedido: 393963 Rep.: 012227			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		MD-594DBB831B0F3C67A412EA/4010EC561F		01088983 pedido Ipuá TERMO DE FOMENTO N 02 2025		Nosso Pedido: 393963	
EM CARTEIRA							
Atenção: Os pagamentos devem ser feitos somente quando orientados pelos canais oficiais do Grupo Viveo. Não realizamos cobranças via chave PIX. Em caso de dúvida, contate nosso setor financeiro pelo e-mail							

*Colocou 1331*



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

CHAVE DE ACESSO DA NF-E  
3525 1212 4201 6400 0580 5500 1000 3973 5118 8821 6314

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

**Identificação do emitente**  
**CM HOSPITALAR S.A**  
AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500  
Complemento: GALPAO G300 BL 668/16x18  
EMPRESARIAL PAINEIRA - JORDANESIA CEP-07775-240  
CAJAMAR/SP  
Fone: 551144087296

**mafra**  
SOLUÇÕES EM SAÚDE

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

PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135253961056048 16/12/2025 16:49:49-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
241035584119

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.  
12.420.164/0005-90

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	ALIQ.IPI	Q.LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.
RESERVADO AO FISCO																
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES cobranca@liveo.com.br.																

**TICKET**

Nº 000397351  
SÉRIE 1  
EMPRESA 001006  
000008128711



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

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

DATA DE RECEBIMENTO

Beneficiário CM HOSPITALAR S.A. CNPJ: 12.420.164/0005-80	Agência/Cód. Beneficiário 3376-6/00002856-8	Nro.Documento 000397351	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe nº indicado ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Pagador IRM. DA STA CASA DE MIS. DE IPUA	Vencimento 12/01/2026	Valor do Documento 1.774,80	
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento 12/01/2026				
Beneficiário/CNPJ/Endereço CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0005-80 AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500 - CAJAMAR - SP 07775-240	Agência/Código Beneficiário 3376-6/00002856-8				
Data do Documento 16/12/2025	Nro.Documento 000397351	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 06/01/2026	Nosso Número 02/00000661089-4
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 1.774,80
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 QUITAMOS OS DEBITOS(S). Creditos cedidos a Pentagono S.A. Distribuidora de Títulos 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



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.	Vencimento 12/01/2026				
Beneficiário/CNPJ/Endereço CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0005-80 AV RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 2500 - CAJAMAR - SP 07775-240	Agência/Código do Beneficiário 3376-6/00002856-8				
Data do Documento 16/12/2025	Nro.Documento 000397351	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 06/01/2026	Nosso Número 02/00000661089-4
Uso do Banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 1.774,80
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 QUITAMOS OS DEBITOS(S). Creditos cedidos a Pentagono S.A. Distribuidora de Títulos 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



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica



2302025



## 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 ~~15.200,00~~.

- 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 pertencas 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.



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<sup>o</sup> 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.

COPIADO  
VISTO  
27

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 nº 10.406/02 (Código Civil Brasileiro).

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 presenciaram.

Ribeirão Preto/SP, 19 de abril de 2019.

*[Assinatura]*  
Leonardo Almeida Byrro  
Diretor Presidente  
CPF: 269.275.368-25

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

*[Assinatura]*  
LÚCIO FLÁVIO BUENO  
Diretor de Operações  
CPF: 855.987.046-68

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

*[Assinatura]*  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ  
Matrícula nº 1564  
CPF: 744.653.768-04

Testemunha 1 *[Assinatura]*  
Nome: Rosimar Maria da Silva  
CPF: 622.771.031-87

Testemunha 2 *[Assinatura]*  
Nome: Litigene de O. Souza  
CPF: 383.518.108-43





## Pagar com código de barras (versão antiga)

G335121411417934032  
12/01/2026 14:45:3812/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 14:45:38  
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.

2379337609200006610889000285604213240000177480

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 11.204

DATA DE VENCIMENTO 12/01/2026

DATA DO PAGAMENTO 12/01/2026

VALOR DO DOCUMENTO 1.774,80

VALOR COBRADO 1.774,80

NR.AUTENTICACAO 7.D27.FFD.2D6.583.C0F

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: 16/12/2025 VALOR TOTAL: R\$ 1.468,80 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA - RUA FERDINANDO FRATIN, 335 CENTRO IPUA-SP



NFe N°. 000.135.623  
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO: 30.12.25 IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: Mano de Oliveira Mano JJ.698.745-5

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE: Medicamental MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA RUA XV DE NOVEMBRO, 450 - GP 02 CENTRO - 27175-000 PIRAJI - RJ Fone/Fax: 1635054900 www.medicamental.com.br DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.135.623 Série 001 Folha 1/1 CHAVE DE ACESSO 3325 1231 3782 8800 0409 5500 1000 1356 2311 5612 5359 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 23250506649387 - 16/12/2025 16:32:19 NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERCADORIA INSCRIÇÃO ESTADUAL: 11864252 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.: 819016879114 CNPJ / CPF: 31.378.288/0004-09

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA CNPJ / CPF: 45.708.765/0001-19 DATA DA EMISSÃO: 16/12/2025 ENDEREÇO: RUA FERDINANDO FRATIN, 335 BAIRRO / DISTRITO: CENTRO CEP: 14610-000 DATA DA SAÍDA/ENTRADA: 16/12/2025 MUNICÍPIO: IPUA UF: SP FONE / FAX: 1638321222 INSCRIÇÃO ESTADUAL: HORA DA SAÍDA/ENTRADA: 17:32:00

NATUREZA / DUPLICATA Num. 001 Venc. 15/01/2026 Valor R\$ 1.468,80

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
1.468,80	176,26	0,00	0,00	0,00	0,00	1.468,80
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	1.468,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL: PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA FRETE POR CONTA: 0-Remetente CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEÍCULO: UF: SP CNPJ / CPF: 12.270.745/0004-00 ENDEREÇO: AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS,410 GALPAO01 MODULO 02 MUNICÍPIO: SUMARE INSCRIÇÃO ESTADUAL: SP QUANTIDADE: 3 ESPÉCIE: Volumes MARCA: NUMERAÇÃO: PESO BRUTO: 12,220 PESO LÍQUIDO: 12,220

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO 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
38418	AGUA PARA INJETAVEIS SOL INFUS IV FR 500 ML C/16/FARMARIN O+ Lote: G115325B Qt: 2 Val: 29/10/27	30049099	000	6108	CX	2	74,4000	148,80	148,80	17,86			12,00
38108	CEFTRIAXONA 1G PO INJ IV C/100 FA/BLAU/AM G+ Lote: 24101721 Qt: 4 Val: 30/09/26 FCK:EAAC6B9E-AB47-46DC-A0ED-C4F7B332CF05	30042059	500	6108	CX	4	330,0000	1.320,00	1.320,00	158,40			12,00

Recebi e conferi os Mater a 18/12/25  
Francilyne Martins Matos  
Ass. Respo. pelo Recebimento

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: TERMO DE PONENTO Nº 02/2025 ENTREGAR QUARTA-FEIRA 17/12 PD: 15612487 FICHAS 1/1 3 VOLUME(S) ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br AFE: AUTORIZ/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\$ 197,55 Estadual: R\$ 323,14 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. Valor ICMS-DIFAL p/estado destino: R\$ 8.92 ROTA: CD RIBEIRÃO PRETO

RESERVADO AO FISCO  
Cotação 1327  
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

**RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário: <b>MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA</b> RUA XV DE NOVEMBRO, 450 GP 02 - 27175-000-PIRAÍ-RJ 31.378.288/0004-09	Agência/Cod.Beneficiário <b>3370-7/0006158-1</b>	Data do Documento <b>16/12/2025</b>	Vencimento <b>15/01/2026</b>
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: <b>135623-01</b>	Cart./Nosso Número: 17/31367730000340972	Valor do Documento: <b>1.468,80</b>

**Autenticação Mecânica****001-0****00190.00009 03136.773003 00340.972173 8 13270000146880**

Local de Pagamento: <b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS BANCO DO BRASIL</b>					Vencimento <b>15/01/2026</b>
Beneficiário <b>MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA- 31.378.288/0004-09</b>					Agência/Cód.Beneficiário <b>3370-7/0006158-1</b>
Endereço Beneficiário <b>RUA XV DE NOVEMBRO, 450 GP 02 - 27175-000-PIRAÍ-RJ</b>					
Data do documento: <b>16/12/2025</b>	No. do documento <b>135623-01</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>16/12/2025</b>	Nosso Número <b>31367730000340972-0</b>
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie Moeda <b>RS</b>	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento <b>1.468,80</b>
<b>Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)</b> PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R\$ 7,34 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. ROTESTAR APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO. <p style="text-align: center;"><b>Atenção Parcela: 01 de 01</b></p>					(-) 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**

2302025





Pagar com código de barras (versão antiga)

G335121411417934033  
12/01/2026 14:47:2812/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 14:47:30  
315603156 0003

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

0019000009031367730030034097217381327000146880

BENEFICIARIO:

MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

NOME FANTASIA:

MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

CNPJ: 31.378.288/0001-66

PAGADOR:

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ: 45.708.765/0001-19

NR. DOCUMENTO	11.205
NOSSO NUMERO	31367730000340972
CONVENIO	03136773
DATA DE VENCIMENTO	15/01/2026
DATA DO PAGAMENTO	12/01/2026
VALOR DO DOCUMENTO	1.468,80
VALOR COBRADO	1.468,80

NR.AUTENTICACAO 7.549.A99.3AB.878.2B8

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.

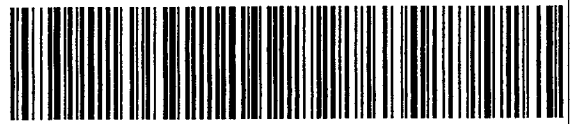
**CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP**

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  
1 - SAIDA   
No: 077.161  
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 3525.1202.7369.5100.0159.5500.1000.0771.6117.0741.2005	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 582475777112	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 02.736.951/0001-59	Protocolo de autorização 135253958551630 - 16/12/2025 14:05:53

DESTINATÁRIO REMETENTE			CNPJ/CPF 45.708.765/0001-19		DATA EMISSÃO 16/12/2025
NOME RAZÃO SOCIAL IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA			BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 14.610-029
ENDEREÇO RUA FERDINANDO FRANTIN,335			MUNICÍPIO IPUA		DATA DA SAÍDA 16/12/2025
FONE / FAX (16) 3832-1222			UF SP		HORA DA SAÍDA

FATURA 001 R\$ 1.521,56 15/01/2026
---------------------------------------

CALCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.521,56	VALOR DO ICMS 273,88	0,00		0,00		1.521,56	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 1.521,56		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 1 - EMITENTE <input checked="" type="checkbox"/> 2 - DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT 1	PLACA VEÍCULO	UF SP	CNPJ/CPF 34.028.316/0126-24
RAZÃO SOCIAL EMPRESA BRAS.DE CORREIOS E TELEGRAFOS		MUNICÍPIO RIBEIRAO PRETO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 209263344110		
ENDEREÇO AV.PROFESSOR DR.ZEFERINO.S/N		QUANTIDADE 1		ESPÉCIE volume	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO
							PESO LIQUIDO 3.300

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
911	CAMPO ESTERIL 90X120 ESTERILI MED Validade: 28/04/2029 Lote: 24186	30059090	000	5102	UN	100	1,1300	113,00	113,00	20,34	0,00	18,00	0,00
136	NYLON 3-0 CT20 POINT SUTURE Validade: 21/07/2030 Lote: NP313D/25074	30061020	000	5102	EV	72	3,9100	281,52	281,52	50,67	0,00	18,00	0,00
147	NYLON 4-0 CT20 POINT SUTURE Validade: 28/08/2030 Lote: NP413A/25084	30061020	000	5102	EV	18	3,9700	71,46	71,46	12,86	0,00	18,00	0,00
147	NYLON 4-0 CT20 POINT SUTURE Validade: 01/10/2030 Lote: NP413A/25101	30061020	000	5102	EV	30	3,9700	119,10	119,10	21,44	0,00	18,00	0,00
3490	VICPOINT PLUS 0 MR40 C/ ANTIMICROBIANO POINT SUTURE Validade: 03/10/2027 Lote: VBV07C/25075	30061020	000	5102	EV	24	17,2200	413,28	413,28	74,39	0,00	18,00	0,00
3005	OXANONA 5-0 MR17 POINT SUTURE Validade: 21/05/2028 Lote: OV53C/25092	30061020	000	5102	EV	24	18,5500	445,20	445,20	80,14	0,00	18,00	0,00
2370	TORNEIRINHA 3 VIAS ROT CX C/100 MARK MED Validade: 31/07/2029 Lote: 23726	90183190	000	5102	UN	100	0,7800	78,00	78,00	14,04	0,00	18,00	0,00

*Recebi e cometi os Mater ai  
18/12/25  
Francilly Martins Martorele  
Ass. Respoável 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 NCM:30061020-REDUÇÃO A 0% DE PIS E COFINS CONFORME DECRETO 6426/08	Utaçao 1328

Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado. Emissão: 16/12/2025 Destinatário: IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA Valor Total: 1.521,56		NF-e No: 077.161
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 1 FL: 1/1



001-9

Comprovante de Entrega

Beneficiário CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.951		Agencia / Codigo Beneficiário 6504-8/1062-6		Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)		
Pagador IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117		Nosso Número 28439230000047494		<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe nº. indicado
Vencimento 15/01/2026	Número do Documento 077161/1	Espécie R\$	Valor do Documento 1.521,56	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não procurado	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente
				<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)
Recebemos o Título com as características acima		Data	Assinatura	Data	Assinatura	
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO					Data do Processamento 16/12/2025	



001-9

Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO				Vencimento 15/01/2026	
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 16/12/2025	Numero do Documento 077161/1	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 16/12/2025	Nosso Número 28439230000047494
Uso do Banco	Carteira 17/035	Especie Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.521,56
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 3,04 por dia de atraso para pagamento .				(-) Desconto	
				(-) Outras Deducoes / Abatimento	
				(+) Mora / Multa / Juros	
				(+) Outros Acrecimos	
				(=) 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



001-9

00190.00009 02843.923000 00047.494174 5 1327000015215

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO				Vencimento 15/01/2026	
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 16/12/2025	Numero do Documento 077161/1	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 16/12/2025	Nosso Número 28439230000047494
Uso do Banco	Carteira 17/035	Especie Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.521,56
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 3,04 por dia de atraso para pagamento .				(-) Desconto	
				(-) Outras Deducoes / Abatimento	
				(+) Mora / Multa / Juros	
				(+) Outros Acrecimos	
				(=) 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



2302025

# IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE IPUÃ

**DATA:** 16 / 12 / 2023

**Responsavel pela cotação:** Francielli Martins Moutinho

## COTAÇÃO DE PREÇOS

DESCRIÇÃO DO ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE	FONECEDOR: Prunha		FONECEDOR: Dimaster		FONECEDOR: HBL		FONECEDOR: Futura	
			VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR		
Compo estéril 90x1,200x- steril	un.	100	1,13	-	-	-	-	-	-	
Semininho 3 vias.	un.	100	0,78	0,85	0,8340	0,8518				
Obs: O item compo estéril 90x1,20, só tem uma cotação por estar em falta nas seguintes empresas:										
Dimaster (51) 3523-2600										
HBL Koops. Hospital (34) 3221-5300										
Futura (15) 3251-9494										

FONECEDOR: Prunha

FONECEDOR: Dimaster

FONECEDOR: HBL

FONECEDOR: Futura

Ribeirão Preto

Dimaster

Koops. Hospital

Futura

TELEFONE: (16) 3903-2829

TELEFONE: (51) 3523-2600

TELEFONE: (34) 3221-5300

TELEFONE: (15) 3251-9494

CONTATO: mpcos

CONTATO: Paula

CONTATO: Sílvia

CONTATO: Rosember

## 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 **CRENCIANTE**, 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](mailto: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 **firos 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 CRENCIANTE 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 CRENCIANTE 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.



#### 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:0121394930  
0

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)

G335121411417934034  
12/01/2026 14:51:4312/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 14:51:43  
315603156 0003

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

001900000902843923000004749417451327000152156

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 11.206  
NOSSO NUMERO 2843923000047494  
CONVENIO 02843923  
DATA DE VENCIMENTO 15/01/2026  
DATA DO PAGAMENTO 12/01/2026  
VALOR DO DOCUMENTO 1.521,56  
VALOR COBRADO 1.521,56

NR.AUTENTICACAO D.A75.27B.D40.926.3D6

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 POUPLUZ MAT ELETRICOS ESP E HOSPITALARES LTDA EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL VALOR NOTA R\$ 644,00 NF-e Nº: 000.009.364 SÉRIE : 1

INDICADA AO LADO DESTINATÁRIO IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**POUPLUZ MAT ELETRICOS ESP E HOSPITALARES LTDA EPP**  
 RUA MINAS GERAIS, 399  
 ANDAR SUPERIOR  
 UMIARAMA  
 UBATUBA  
 SP  
 TEL/FAX: 123837017  
 CEP: 11690434

**DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA**  
 0 - Entrada 1  
 1 - Saída 1  
 Nº 000.009.364  
 SÉRIE : 1  
 FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO 3525 1214 3771 4900 0107 5500 1000 0093 6410 4327 7005

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 135253955065514 - 16/12/2025 10:26:22

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE

INSCRIÇÃO ESTADUAL 701054430110 INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA CNPJ 14.377.149/0001-07

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DA STA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA CNPJ/CPF 45.708.765/0001-19 DATA DA EMISSÃO 16/12/2025

ENDEREÇO R. FERDINANDO FRATINI, 335 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 14610-000 DATA DE SAÍDA/ENTRADA 16/12/2025

MUNICÍPIO IPUA FONE/FAX (16) 3832-1222 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 10:17:01

**FATURA**

Número	Data Veto	Valor
001	16/01/2026	644,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DÓ ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
0,00	0,00	0,00	0,00	599,00		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
45,00	0,00	0,00	0,00	0,00	197,72	644,00

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL 0 - Rem. FRETE POR CONTA CÓDIGO ANTI PLACA DO VEÍC UF CNPJ/CPF

ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE 1 ESPÉCIE CAIXA MARCA VARIAS NUMERAÇÃO PESO BRUTO 0,000 PESO LÍQUIDO 0,000

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
8563	CABO P/ LARINGOSCOPIO CONVENCIONAL MEDIO - MD	90189099	0 102	5102	UN	1,0000	185,0000	185,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	61,07
	LAMINA P/ LARINGOSCOPIO CONVENCIONAL CURVA 4 - MSR	90189099	0 102	5102	UN	1,0000	138,0000	138,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,55
0	LAMINA P/ LARINGOSCOPIO CONVENCIONAL CURVA 4 - MD	90189099	0 102	5102	UN	1,0000	138,0000	138,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,55
0	LAMINA P/ LARINGOSCOPIO CONVENCIONAL CURVA 5 - MD	90189099	0 102	5102	UN	1,0000	138,0000	138,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,55

*Cotação 1330*

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
002221683	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES I- DOC. EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/ SIMPLES NACIONALII- NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPILIII- AVARIA RESPONSABILIDADE DA TRANSPORTADORAIV- CUSTAS DE CARTORIO E TARIFFAS DE PROTESTOV- FORO DE ELEICAO,COMARCA DE UBA TUBA/SPVENDA NO 8291 MICHELE TERMO DE FOMENTO NO 02/2025

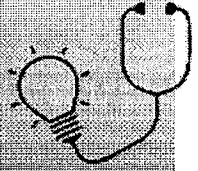
Voce pagou aproximadamente 33,01% em impostos, sendo: R\$ 89,90 (19,01%) em tributos federais; R\$ 107,82 (18,00%) tributos estaduais; R\$ 401,28 pelos produtos/servicos.

Fonte: IBPT v25.1.F (6A0A76) - Lei 12.741/2012.

RESERVADO AO FISCO

EMITIDO COM WWW.SICOFINA.COM.BR v20

# RR FERREIRA MATERIAIS HOSPITALARES E ELÉTRICOS ESPECIAIS - EPP



CNPJ: 21.820.133/0001-84 - I.E. 701.084.695.119

RUA MINAS GERAIS, 399, CENTRO - CEP: 11690-434 UBATUBA-SP

PHONE: (12) 3833-7017 - 3833-5284

terça-feira, 9 de dezembro de 2025

CLIENTE:	SANTA CASA DE IPUÃ		
CNPJ:	45.708.765/0001-19		
ENDEREÇO:	RUA FERDINANDO FRATINI, 335 - CENTRO		
CIDADE:	IPUÃ	ESTADO:	SP
COMPRADOR:	JACQUELINE	TELEFONE:	(16)3832-1222

## ITENS DO PEDIDO

CODIGO	Descrição	MARCA	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	TOTAL
1	Kit Laringoscópio Adulto c/ 3 lâminas	MD	1	R\$ 599,00	R\$ 599,00
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

FRETE:	R\$ 45,00
Total:	R\$ 644,00

## Negociação de venda:

Forma de pgto.:	30 dias				
Prazo de saída:	3 DIAS	Frete:	FOB	Forma de Envio:	CORREIOS
Impostos:	O Fornecedor é optante pelo lucro Presumido				
Devolução:	O prazo de devolução é de 30 dias, com pré-aviso (somente devolução por defeito de fábrica)				
Validade:	A validade do orçamento é de 10 dias (neste período pode sofrer alteração nos preços e estoque sem pré-aviso).				
Transporte:	A avaria de qualquer produto é de inteira responsabilidade da empresa que o transporta (ao receber conferir, no caso de avaria devolver ou receber informando na nota fiscal o ocorrido para ser ressarcido pelo dano.)				
Observações:					

## Informações importantes:

Pedido mínimo:	R\$ 400,00
Créditos:	Em caso de atraso nos pagtos, as vendas a prazo serão suspensas, somente à vista.No caso de inadimplência, 20% honorarios advocatícios para parte devedora, elege o fórum de Ubatuba SP
Observação:	Ao receber Boletos e Notas Fiscais para pagamento favor certificar as contas abaixo: Cora 403 AG. 001 C/C. 3264631-1 <b>PAGAMENTOS APENAS VIA BOLETO</b> PORA ESTA CONTA É GOLPE

**ATENÇÃO:** Favor informar na cotação, todas especificações do produto: tamanho, modelo, cor, material, marca e outros. Caso não seja informado, iremos cotar o material que temos e de menor valor!!! Favor conferir o material que foi rotado, se está de acordo com o que realmente necessita, se preciso, solicite foto ao vendedor, não aceitaremos devolução em caso de aprovação do orçamento enviado, apenas por defeito de fabricação ou erro de nossa parte.

**21.820.133/0001-84**  
I.E. 701.084.695.119  
RR FERREIRA MATERIAIS HOSPITALARES  
E ELÉTRICOS EPP  
Rua Minas Gerais nº 399

Reinaldo Rubens Ferreira

Buscar produtos, marcas e muito mais...



Ofertas por tempo

Informe seu CEP

Categorias ▾ Ofertas Cupons Supermercado Vender Contato

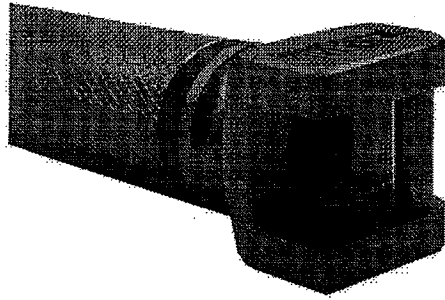
Crie a sua conta Entre Cor

Saúde > Equip

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



Conferir mais produtos da marca Social Instrumentos

Novo | +5 vendidos



Kit Laringoscópio Com Cabo + 3 Lâminas Curvas Macintosh 3 Laminas Curvas

5.0 ★★★★★ (2)

R\$ 690

12x R\$ 57,90 sem juros

Ver os meios de pagamento

Cor: 3 Laminas Curvas



Vender um igual

FRETE GRÁTIS ACIMA DE R\$ 19

Chegará grátis entre sexta-feira e sábado por ser sua primeira compra. Mais detalhes e formas de entrega.

Retire grátis entre sexta-feira e domingo em uma agência Mercado Livre. Ver no mapa

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade ▾ (+50)

Comprar agora

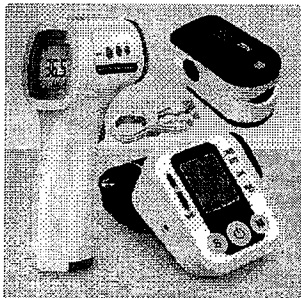
Adicionar ao carrinho

Loja oficial Social Instrumentos +10mil vendas

CNPJ 41.306.823/0001-27

Produtos relacionados

Ad



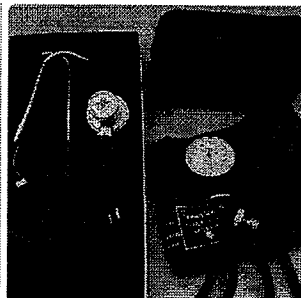
Kit Termômetro + Oxímetro Digital E Medidor De Pressão...

R\$ 299,90

R\$ 124,90 58% OFF

12x R\$ 12,33

Frete grátis FULL



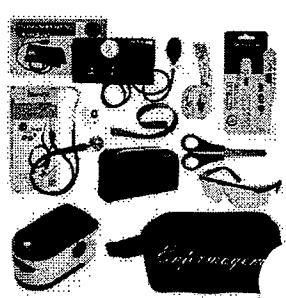
Kit Enfermagem Conjunto Esfigmomanômetro +...

R\$ 169,90

R\$ 149,90 11% OFF

4x R\$ 37,48 sem juros

Frete grátis



Kit De Enfermagem Premium Completo + Oxímetro

R\$ 199,99

R\$ 190,75 4% OFF

6x R\$ 31,79 sem juros

Frete grátis FULL

Produtos do Social Instruments

Otoscópio Profissional Led Fibra Óptica Cor Azul

R\$ 230

6x R\$ 38,33 sem juros

Frete grátis FULL

Otoscópio + Oftalmoscópio Led | Social Instrumentos

R\$ 450

9x R\$ 50 sem juros

Frete grátis

Ver mais produtos

Social Instrumentos Loja oficial do Mercado Livre +1000 Seguidores +1000 F

MercadoLíder Platinum É um dos melhores do site!

+10mil

Vendas



Bom atendimento

Entre

Ir para a loja oficial

Meios de pagamento

Pague em até 14x sem juros

Linha de Crédito

Cartões de crédito

Pix

Boleto bancário

Confira outros meios de pagamento

Buscar produtos, marcas e muito mais...



Ofertas por tempo

Informe seu CEP

Categorias ▾ Ofertas Cupons Supermercado Vender Contato

Crie a sua conta Entre Corr

Mais opções

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

12x R\$ 59,94

Frete grátis



Kit Laringoscópio Com Cabo E 3 Lâminas + Estojo Case

R\$ 619<sup>88</sup>

12x R\$ 59,94

Frete grátis



Kit Laringoscópio Com C Lâminas + Estojo Case

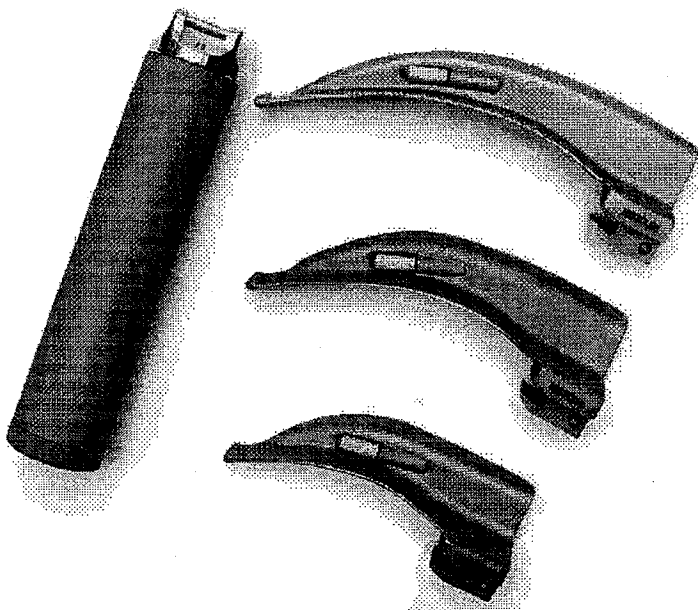
R\$ 619<sup>88</sup>

12x R\$ 59,94

Frete grátis

Saúde > Cuidado da Saúde > Outros

Vender um igual



CNPJ 32.690.593/0001-51

Novo

Kit Laringoscópio Missouri Com Cabo E 3 Lâminas Curvas

R\$ 669<sup>90</sup>

12x R\$ 55<sup>82</sup> sem juros

Ver os meios de pagamento

FRETE GRÁTIS ACIMA DE R\$ 19

Chegará grátis entre sexta-feira e sábado por ser sua primeira compra. Mais detalhes e formas de entrega

Retire grátis entre sexta-feira e sábado uma agência Mercado Livre. Ver no mapa

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade ▾ (+50 dispon

Comprar agora

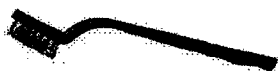
Adicionar ao carrinho

Vendido por CIRURGICA MEDEIROS MercadoLíder | +10mil vendas

12 meses de garantia de fábrica.

Produtos relacionados

Ad



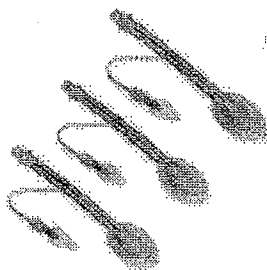
Kit 5 Escovas 18,5cm Cerdas De Aço Limpeza De Instrumentais

R\$ 116,89

R\$ 112<sup>86</sup> 5% OFF

12x R\$ 11,14

Frete grátis



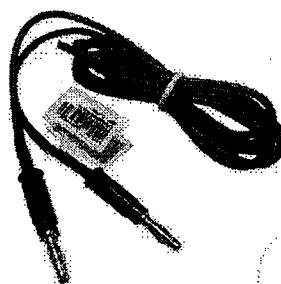
Kit 3 Un Mascara Para Laringea Desc. N. 3 - N.4 - N.5

R\$ 195,65

R\$ 176<sup>36</sup> 5% OFF

5x R\$ 35,27 sem juros

Frete grátis



Cabo Placa Neutra Blisturi Bp-100 Plus E Bp150 Emal Original

R\$ 269

6x R\$ 44,83 sem juros

Frete grátis



CIRURGICA MEDEIROS

+500 Seguidores +5mil Produtos

MercadoLíder Platinum

É um dos melhores do site!

+10mil Vendas



Bom atendimento Entrega

Ir para a página do vendedor

Produtos do vendedor

Meios de pagamento

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
12/01/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.01.57  
3156903156 0001

Comprovante Pix

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

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----  
ID: E0000000020260112200105857638394  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$644,00  
TARIFA: R\$6,37  
DATA: 12/01/2026 - 17:01:48  
DESCRICAO: NFe 000.009.364  
-----

PAGO PARA: Poupluz Materiais Eletricos Especiali  
CNPJ: 14.377.149/0001-07  
CHAVE PIX: 14377149000107  
INSTITUICAO: 37880206 CORA SCFI  
AGENCIA: 0001 - CONTA: 0000000000034453424  
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento  
-----

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: 12/01/2026 - 17:01:49  
=====

DOCUMENTO: 011207  
AUTENTICACAO SISBB: 9.011.F0C.49A.383.289  
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos 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.



**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP**  
**Secretaria Municipal da Fazenda**

Fone: (16) - <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>



Série do Documento  
**Nota Fiscal de Serviço  
 Eletrônica - NFS-e**  
 Número da Nota Fiscal  
**58630**

**Dados do Prestador de Serviço**

**Injetcenter Manipulacao de Produtos Farmaceuticos Ltda**

Rua Alfredo Benzoní, 33 LOTE 26 QUADRA 6 - Iguatemi  
 CEP 14091-520 - Fone: (01)03635-6525 - Ribeirão Preto/ SP  
 nogueira@nogueiracontabilidade.com.br  
 Inscrição Municipal 10683001 - CPF/CNPJ 05.231.934/0001-58

Data de Geração da NFS-e  
**14/01/2026 10:17:36**  
 Data de Competência  
**14/01/2026**  
 Cód. de Autenticidade  
**2E13BF6CE**  
 Responsável pela Retenção



**Identificação da Nota Fiscal Eletrônica**

Natureza da Operação <b>Exigível</b>	Número do RPS <b>60566</b>	Série do RPS	Data de Emissão do RPS <b>14/01/2026</b>
Local dos Serviços <b>Ribeirão Preto - São Paulo</b>		Município Incidência <b>Ribeirão Preto - São Paulo</b>	

**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-912633- 5UN - COLIRIO PVPI (IODO POVIDONA) 2,5 1ML- LOTE P.012A25/25- VAL: 18/03/26- RS 41.00|Boleto : |

**Detalhamento dos Tributos**

Atividade do Município <b>40700 - Serviços Farmaceuticos. -</b>		Aliquota <b>2,00</b>	Item da LC116/2003 <b>407</b>	Cód. NBS <b>123019900</b>	Cód. CNAE <b>4771702</b>
<b>VI. Total dos Serviços</b> <b>R\$ 41,00</b>	Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 41,00</b>	Total do ISSQN <b>R\$ 0,82</b>	ISSQN Retido <b>Não</b>
PIS <b>R\$ 0,00</b>	COFINS <b>R\$ 0,00</b>	INSS <b>R\$ 0,00</b>	IRRF <b>R\$ 0,00</b>	CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>
				VI. ISSQN Retido <b>R\$ 0,00</b>	VI. Líquido da Nota Fiscal <b>R\$ 41,00</b>

<b>Construção Civil</b>	<b>Cód. Obra :</b>	<b>Art. :</b>
-------------------------	--------------------	---------------

**Informações Adicionais**

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

*otação 1387*

*R*  
*12/01/26*  
*Mº Eduardo*





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



Série do Documento  
Nota Fiscal de Serviço  
Eletrônica - NFS-e  
Número da Nota Fiscal  
58630

### 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@nogueiracontabilidade.com.br  
Inscrição Municipal 10683001 - CPF/CNPJ 05.231.934/0001-58

Data de Geração da NFS-e  
**14/01/2026 10:17:36**  
Data de Competência  
**14/01/2026**  
Cód. de Autenticidade  
**2E13BF6CE**  
Responsável pela Retenção



### Carta de Correção Eletrônica - CC-e

Natureza da Operação Exigível	Data de Emissão da NFS-e 14/01/2026 10:17:36	Data de Emissão da CC-e 16/01/2026 14:15:08	Numero da CC-e 1
Local dos Serviços Ribeirão Preto - São Paulo		Município Incidência 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	Número : 335
Endereço : RUA FERDINANDO FRATIN	Bairro : CENTRO
Complemento :	Cidade/UF : Ipuã/ SP
CEP : 14611-038	E-mail : farmacia@santacasaipua.com.br
Telefone : (16)3832-1222	

### Dados do Intermediário de Serviços

CNPJ/CPF	Inscrição Municipal	Razão Social
----------	---------------------	--------------

### Descrição dos Serviços - Retificação

RETIFICANDO CONTINUAÇÃO DA NOTA DE SERVIÇO  
TERMO DE FOMENTO N 02/2025

### Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município 40700 - Serviços Farmaceuticos. -	Aliquota 2,00	Item da LC116/2003 407	Cód. NBS 123019900	Cód. CNAE 4771702			
VI. Total dos Serviços R\$ 41,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 41,00	Total do ISSQN R\$ 0,82	ISSQN Retido Não	Desconto Condicionado R\$ 0,00	
PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	Outras Retenções R\$ 0,00	VI. ISSQN Retido R\$ 0,00	VI. Líquido da Nota Fiscal R\$ 41,00
Construção Civil		Cód. Obra :		Art. :			

### Informações Adicionais

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



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
13/01/2026 - AUTOATENDIMENTO - 17.34.23  
3156903156 0001

Comprovante Pix

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

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E0000000020260113203348764266919  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$41,00  
TARIFA: R\$1,00  
DATA: 13/01/2026 - 17:34:17

-----

PAGO PARA: Injectcenter Manipulacao de Produtos  
CNPJ: 5.231.934/0001-58  
CHAVE PIX: 05231934000158  
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.  
AGENCIA: 2129 - CONTA: 0000000000000181455  
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: 13/01/2026 - 17:34:18

=====

DOCUMENTO: 011301  
AUTENTICACAO SISBB: A.07E.F30.E34.5A6.EFE

-----

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos 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.





SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
19/01/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.33.47  
3156903156 0001

Comprovante Pix

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

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----  
ID: E0000000020260119193245193075812  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$50,00  
TARIFA: R\$1,00  
DATA: 19/01/2026 - 16:33:18  
DESCRICAO: NFSe 572.  
-----

PAGO PARA: Farmacia Alecrin Dourado Ltda  
CNPJ: 3.337.831/0001-41  
CHAVE PIX: 03337831000141  
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.  
AGENCIA: 1333 - CONTA: 0000000000000120499  
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: 19/01/2026 - 16:33:19

=====

DOCUMENTO: 011901

AUTENTICACAO SISBB: A.E44.455.058.A1C.E16

-----

Central de Atendimento BB

4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos 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.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GUAÍRA**

**MUNICIPIO DE GUAIRA**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**

**573**

**Código de Verificação de Autenticidade**

**O5U8RN3GD**

**Data e Hora de Emissão da NFS-e**

**09/01/2026 às 16:11:11**

**Chave de Acesso**

**17869903P3R7TMVJYSP70JM7ZY4FEKAE**

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://201.48.19.106:5661/issweb/paginas/public/consulta/autenticidade>, menu  
**consultas e informe os**

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS  
**Exigível**

Número do Processo

Município de Incidência do ISS  
**GUAIRA-SP**

Local da Prestação  
**GUAIRA - SP**

Número do RPS      Série do RPS      Tipo do RPS      Data do RPS      Competência  
 2 - Não      2 - Não      Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento      09/01/2026

Optante Simples Nacional      Incentivo Fiscal      Regime Especial Tributação      Tipo ISS  
 2 - Não      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  
**03.337.831/0001-41      322022463112      063101019      000741338      FARMACIA ALECRIN DOURADO LTDA-ME**

Logradouro      Complemento      Bairro  
**AVENIDA 11, 546      3331.5833      CENTRO**

CEP      Cidade      Telefone      E-mail  
**14790-063      GUAIRA-SP      3331 - 5833      contato@escritorioprimos.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ/Documento      RG/Inscrição Estadual      Inscrição Municipal      Nome/Razão Social  
**45.708.765/0001-19      ISENT0      ISENT0      IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA**

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**

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,0000	UN	REFERENTE A FORMULA MANIPULADA DE CARVAO ATIVADO 10G C/ 10 SACHES	55,0000	R\$ 55,00

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

LC 116/2003: **040701**      Alíquota      Atividade Município      Código CNAE      Código da Obra      Código ART  
**3,00%      0000040700001      4771702**

Valor Total dos Serviços      Desconto Incondicionado      Deduções Base Cálculo      Base de Cálculo      Total do ISS      ISS Retido      Desconto Condicionado  
**R\$ 55,00      R\$ 0,00      R\$ 0,00      R\$ 55,00      R\$ 1,65      2 - Não      R\$ 0,00**

**Retenções de Impostos**

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

**Em cumprimento à Lei Complementar nº 214, de 2025, destacam-se abaixo valores simulados, sem efeito fiscal ou financeiro**

IBS (0.10%)      CBS (0.90%)  
**R\$ 0,06      R\$ 0,49**

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 55,00**

**Recebi e com os Mater ai**

**Informações Complementares**

12 / 01 / 26

TERMO FOMENTO N.02/2025

Regulino  
 Ass. Respoável Recebimento

230.2025-3

Medicamento

RECEBI(EMOS) DE **FARMACIA ALECRIN DOURADO LTDA-ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **573** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **O5U8RN3GD**.

Data

CPF/RG

Assinatura

chave Pix CNPJ

colacao 1386



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
19/01/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.36.16  
3156903156 0001

Comprovante Pix

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

=====

SOBRE A TRANSACAO

-----

ID: E0000000020260119193428722210807  
CNPJ DO PAGADOR: 45.708.765/0001-19  
VALOR: R\$55,00  
TARIFA: R\$1,00  
DATA: 19/01/2026 - 16:35:49  
DESCRICAO: NFSe 573.

-----

PAGO PARA: Farmacia Alecrin Dourado Ltda  
CNPJ: 3.337.831/0001-41  
CHAVE PIX: 03337831000141  
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.  
AGENCIA: 1333 - CONTA: 00000000000000120499  
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: 19/01/2026 - 16:35:51

=====

DOCUMENTO: 011902  
AUTENTICACAO SISBB: 2.F1E.C1C.DBA.B94.173

-----

Central de Atendimento BB  
4004 0001  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-  
tos 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.



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
1 - SAIDA
No: 076.612
Série: 1 FL: 1/1

CONTROLE DO FISCO



Table with 4 columns: NATUREZA DA OPERAÇÃO, INSCRIÇÃO ESTADUAL, INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO, CNPJ, CHAVE DE ACESSO DA NF, and Protocolo de autorização.

Table with 4 columns: DESTINATÁRIO REMETENTE (NOME RAZÃO SOCIAL, ENDEREÇO, MUNICÍPIO), CNPJ/CPF, BAIRRO/DISTRITO, CEP, UF, and DATA EMISSÃO.

FATURA
001 R\$ 1.242,85 24/01/2026

CALCULO DO IMPOSTO
Table with 7 columns: BASE DE CÁLCULO DO ICMS, VALOR DO ICMS, BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBSTITUIÇÃO, VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO, VALOR TOTAL DOS PRODUTOS, VALOR DO FRETE, VALOR DO SEGURO, DESCONTO, OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS, VALOR IPI, VALOR TOTAL DA NOTA.

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
Table with 4 columns: RAZÃO SOCIAL, ENDEREÇO, QUANTIDADE, ESPÉCIE, MARCA, FRETE POR CONTA, MUNICÍPIO, PESO BRUTO, PESO LÍQUIDO, CÓDIGO ANTT, PLACA VEÍCULO, UF, CNPJ/CPF.

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS
Table with 15 columns: CÓDIGO PRODUTO, DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS, NCM/SH, CST, CFOP, UND, QTDE, VALOR UNITÁRIO, VALOR TOTAL, B. CÁLCULO ICMS, VALOR ICMS, VALOR IPI, ALIQ. ICMS, ALIQ. IPI.

Cotação 901
Recebi e conferi os Materiais
25/11/25
Ass. Respo: sauel Recebimento

CÁLCULO DO ISSQN
Table with 4 columns: INSCRIÇÃO MUNICIPAL, VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS, BASE DE CÁLCULO DO ISSQN, VALOR DO ISSQN.

DADOS ADICIONAIS
Table with 2 columns: INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, RESERVADO AO FISCO.

Table with 3 columns: Recebemos de CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA - EPP os produtos da Nota Fiscal indicada ao lado, Valor Total: 1.242,85, DATA DE RECEBIMENTO, IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR, NF-e No: 076.612, SÉRIE: 1 FL: 1/1.

**001-9****Comprovante de Entrega**

Beneficiário CIRURGICA RIBEIRAO PRETO LTDA -EPP - CNPJ: 02.736.		Agencia / Codigo Beneficiário 6504-8/1062-6		Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)		
Pagador IRMANDADE STA.CASA DE MISER. DE IPUA - 117		Nosso Número 28439230000047313		<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe nº. indicado
Vencimento 24/01/2026	Número do Documento 076612/1	Espécie R\$	Valor do Documento 1.242,85	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não procurado	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente
				<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)
Recebemos o Título com as características acima		Data	Assinatura	Data	Assinatura	
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO					Data do Processamento 25/11/2025	

**001-9****Recibo do Pagador**

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 24/01/2026	
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 25/11/2025	Numero do Documento 076612/1	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 25/11/2025	Nosso Número 28439230000047313	
Uso do Banco	Carteira 17/035	Especie R\$	Quantidade	Valor	( = ) Valor do Documento 1.242,85	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 2,49 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

**001-9**

00190.00009 02843.923000 00047.313176 5 13360000124285

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUE BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 24/01/2026	
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 25/11/2025	Numero do Documento 076612/1	Especie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 25/11/2025	Nosso Número 28439230000047313	
Uso do Banco	Carteira 17/035	Especie Moeda R\$	Quantidade	Valor	( = ) Valor do Documento 1.242,85	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 2,49 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





## TERMO DE CREDENCIAMENTO DE DISTRIBUIDOR AUTORIZADO

Pelo presente instrumento particular, a empresa **POINT SUTURE DO BRASIL INDUSTRIA 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 **CRENCIANTE**, 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](mailto: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 CRENCIANTE 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 CRENCIANTE 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:0121394930  
0

Assinado de forma dig tal por ANTONIA  
AMANDA CAMELO BRIGIDO:01213949300  
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=VideoConferencia,  
ou=07267479900176, 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)

G333261601803363013  
26/01/2026 16:15:20

26/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 16:15:21  
315603156 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090284392300000047313176513360000124285

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 12.601

NOSSO NUMERO 28439230000047313

CONVENIO 02843923

DATA DE VENCIMENTO 24/01/2026

DATA DO PAGAMENTO 26/01/2026

VALOR DO DOCUMENTO 1.242,85

VALOR COBRADO 1.242,85

=====

NR.AUTENTICACAO 2.3DE.D9C.E70.FEA.0F2

=====

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.